

Mestrado em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria

Mamilos dolorosos e/ou com fissuras:
Condicionantes e implicação no aleitamento
materno exclusivo

Fernanda da Conceição Nascimento Cortinhas Santos

setembro | 2013



Escola Superior
de Saúde





**Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico da Guarda**

Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

***MAMILOS DOLOROSOS E/OU COM FISSURAS:
CONDICIONANTES E
IMPLICAÇÃO NO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO***

Fernanda da Conceição Nascimento Cortinhas Santos

Guarda

2013



**Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico da Guarda**

Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

***MAMILOS DOLOROSOS E/OU COM FISSURAS:
CONDICIONANTES E
IMPLICAÇÃO NO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO***

Trabalho de investigação apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Fernanda da Conceição Nascimento Cortinhas Santos

Orientadora: Professora Paula Pissarra

Co-orientadora: Dr.^a Celina Pires

Guarda

2013

SIGLAS

- AM - Aleitamento materno
DGS - Direcção Geral de Saúde
Dp - Desvio padrão
GL - Graus de Liberdade
HLP - Hormona Lactogénica Placentar
IHAB - Iniciativa Hospitais Amigos Dos Bebés
INE - Instituto Nacional de Estatística
OMS - Organização Mundial de Saúde
P - Significância
RAM - Registo do Aleitamento Materno
RN - Recém-nascido
UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

ABREVIATURAS

- cf. - conforme
ed. - edição
et al. - e outros
nº - número
p. - página
trad. - tradução
vol. - volume

Percorrido um longo mas gratificante caminho, chegou o momento de agradecer a todos que deram seu contributo na construção do incentivo, da vontade e do apoio para a concretização deste estudo.

À Professora Paula Pissarra, pela sua competência, compreensão, disponibilidade e apoio durante a orientação do estudo.

À Dr.^a Celina Pires pela disponibilidade, pelo entusiasmo revelado nesta área e preciosa ajuda partilhando toda a sua experiência e conhecimentos.

Às mães que fizeram parte deste estudo, uma palavra de carinho pela disponibilidade e colaboração demonstrada, partilhando as suas experiências.

Aos meus amigos e colegas de trabalho, que sempre estiveram ao meu lado, pela amizade e paciência dedicada ao longo deste percurso.

Aos meus pais que tudo devo, pelo amor e preocupação constante.

Ao Amílcar, Raquel e Ricardo pelo amor, paciência e apoio incondicional em tantos momentos difíceis.

“Por mais longa que seja a caminhada
O mais importante é dar o primeiro passo”

Vinicius de Moraes

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Anatomia bruta da mama baseada em observações realizadas por ultra-sons.....	31
Figura 2 - Anatomia da mama	32
Figura 3 – Mamilo protuso e mamilo semiprotuso	33
Figura 4 - Mamilo pseudo-invertido e mamilo invertido	34
Figura 5 - Reflexo da prolactina.....	36
Figura 6 – Reflexo da ocitocina.....	37
Figura 7 – Reflexos do bebé	46
Figura 8 – Posição para amamentar.....	46
Figura 9 - Adaptação entre mãe e bebé (pega)	47
Figura 10 – Adaptação entre mãe e bebé. Boa pega (A) e má pega (B).....	48
Figura 11 – Fissuras no mamilo	52
Figura 12 - Esquema conceptual da investigação.....	62
Figura 13 - Escala Visual Analógica.....	64

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição das mães segundo a intensidade da dor nos mamilos.....	86
Gráfico 2 - Distribuição segundo a intensidade da dor nos mamilos aos 15 dias	91

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição segundo os grupos etários	75
Tabela 2 – Análise descritiva das idades materna e paterna.....	75
Tabela 3 – Distribuição das mães segundo dados sociodemográficos	76
Tabela 4 – Distribuição materna e paterna segundo a escolaridade e grupo profissional	77
Tabela 5 – Distribuição das mães segundo informação obstétrica.....	79
Tabela 6 – Distribuição segundo o sexo e peso de nascimento do bebé	80
Tabela 7 – Distribuição segundo informação e decisão sobre amamentação.....	81
Tabela 8 – Distribuição segundo a experiência em amamentação	82
Tabela 9 – Análise descritiva do tempo de aleitamento materno exclusivo em mães com experiência prévia.....	82
Tabela 10 – Análise descritiva do tempo de aleitamento materno em mães com experiência prévia	83
Tabela 11 – Distribuição segundo a qualidade da experiência prévia em amamentação	83
Tabela 12 – Distribuição segundo informação do aleitamento actual.....	84
Tabela 13 – Distribuição segundo a conduta adequada da mãe para prevenir dor/fissuras nos mamilos	85
Tabela 14 – Análise descritiva relativa à conduta da mãe para prevenir dor/fissuras nos mamilos	86
Tabela 15 – Distribuição segundo a conduta da mãe para prevenir dor/fissuras nos mamilos	86
Tabela 16 – Distribuição segundo a conduta da mãe no tratamento de mamilos dolorosos e/ou com fissuras	87
Tabela 17 – Distribuição segundo a observação da mamada	88
Tabela 18 – Análise descritiva relativa à técnica da amamentação.....	89
Tabela 19 – Distribuição segundo a técnica da amamentação	89
Tabela 20 – Distribuição segundo ocorrência de mamilos dolorosos e/ou com fissuras	89
Tabela 21 – Distribuição das mães segundo a amamentação aos 15 dias	90
Tabela 22 – Análise descritiva do tempo decorrido no tratamento de mamilos dolorosos e/ou com fissuras	91
Tabela 23 – Análise da relação entre a técnica da amamentação e a presença de mamilos dolorosos e/ou com fissuras.....	92

Tabela 24 – Análise da relação entre a presença de mamilos dolorosos e/ou com fissuras e as dificuldades detectadas na postura corporal	93
Tabela 25 – Análise da relação entre a presença de mamilos dolorosos e/ou com fissuras e as dificuldades detectadas na pega.....	94
Tabela 26 – Análise da relação entre orientação sobre amamentação no curso de preparação para o parto e o aparecimento de mamilos dolorosos e/ou com fissuras.....	95
Tabela 27 – Análise da relação entre a experiência em amamentação e o aparecimento de mamilos dolorosos e/ou com fissuras.....	96
Tabela 28 – Análise da relação entre a introdução de tetinas e o aparecimento de mamilos dolorosos e/ou com fissuras (no internamento).....	97
Tabela 29 – Análise da relação entre a presença de mamilos dolorosos e/ou com fissuras e a conduta da mãe na sua prevenção.....	97
Tabela 30 – Análise da relação entre a conduta da mãe na prevenção de mamilos dolorosos e/ou com fissuras e o seu aparecimento.....	98
Tabela 31 – Análise da relação entre o tipo de mamilo e o aparecimento de mamilos dolorosos e/ou com fissuras.....	99
Tabela 32 – Análise da relação entre a presença de mamilos dolorosos e/ou com fissuras e o aleitamento materno exclusivo no internamento.....	100
Tabela 33 – Análise da relação entre o aparecimento de mamilos dolorosos e/ou com fissuras e o aleitamento materno exclusivo aos 15 dias.....	100
Tabela 34 – Análise da relação entre o aparecimento de mamilos dolorosos e/ou com fissuras com o abandono do aleitamento materno aos 15 dias.....	101

RESUMO

Os benefícios do aleitamento materno são múltiplos e já bastante reconhecidos, quer a curto, quer a longo prazo, e a prática exclusiva do aleitamento até aos seis meses de vida é uma recomendação da OMS e UNICEF. Contudo, o aparecimento de mamilos dolorosos e/ou com fissuras, dificuldade que pode surgir no início da lactação, torna a amamentação dolorosa, podendo levar a mãe a amamentar durante menos tempo e/ou com menor frequência.

Com este estudo pretende-se analisar as condicionantes no aparecimento de mamilos dolorosos e/ou com fissuras em mães no início da lactação, e sua implicação no aleitamento materno exclusivo.

Trata-se de um estudo de natureza quantitativa, transversal e descritivo-correlacional. Foi recrutada uma amostra não probabilística, por conveniência, de 160 duplas mães/filhos. A colheita de dados foi realizada em duas etapas: na maternidade das 24 às 36 horas pós-parto, através de um questionário auto-administrado e da aplicação do Formulário para Observação da Mamada, protocolo da UNICEF; aos 15 dias pós-parto através de um questionário de seguimento, efectuado pela investigadora por contacto telefónico.

Os resultados do estudo revelam uma elevada incidência de mamilos dolorosos e/ou com fissuras na maternidade (79,40%), com 6,30% das mães ainda a referirem ser detentoras deste problema aos 15 dias. Os resultados sugerem que a condicionante que se revelou altamente significativa no seu aparecimento foi a técnica de amamentação ($p=0,000$), em média com 2 a 4 itens na postura corporal e 1 a 2 itens na pega desfavoráveis à amamentação; as outras condicionantes (orientação nas aulas de preparação para o parto, experiência em amamentação, introdução de tetinas, condutas na prevenção e o tipo de mamilo) não se revelaram significativas ($p>0,05$). O aparecimento de dor /fissuras nos mamilos não teve implicações significativas no aleitamento materno exclusivo durante o internamento ($p=0,150$), no entanto fez-se reflectir aos 15 dias, com uma relação muito significativa ($p=0,002$).

Os resultados da investigação permitem reflectir sobre a importância da técnica de amamentação correcta (nomeadamente postura corporal e pega do bebé à mama) na prevenção de dor/fissuras nos mamilos e conseqüente promoção do aleitamento materno exclusivo.

Palavras-chave: Amamentação; Dor/fissuras nos mamilos; Aleitamento materno exclusivo

ABSTRACT

The benefits of breastfeeding are multiple and already well recognized both in the short and long term and the exclusive practice of breastfeeding until the sixth month of life is recommended by OMS and UNICEF. However, the appearance of painful nipples and/or fissures, a difficulty that can appear at the beginning of lactation, makes breastfeeding painful. This may lead mothers to breastfeed for less time and/or less frequently.

This study aims to analyse the conditions in the appearance of painful nipples and/or with fissures among mothers at the beginning of lactation and its implication in exclusive breastfeeding.

This is a quantitative, transversal and descriptive-correlational study. A non-probabilistic sample was appointed, by convenience, of 160 pairs of mothers/children. Data collection was performed in two stages: in the maternity ward from 24 to 36 hours following childbirth by means of a self-administered questionnaire and the application of the Breastfeeding Observation Form, a UNICEF protocol. Also 15 days after delivery by means of a follow-up questionnaire, performed over the phone by a researcher.

The results of the study revealed a high incidence of painful nipples and/or with fissures in maternity (79, 40%), with 6, 30% of mothers still citing having this problem on the fifteenth day. The results suggest that the condition which proved highly significant in its appearance was the breastfeeding technique ($p=0,000$), on average with 2 – 4 items in body posture and 1-2 items in the unfavourable handling for breastfeeding. The other conditions (orientation in classes in preparation for childbirth, introduction of teats, conducts in prevention and types of nipple) did not prove to be significant ($p>0, 05$). The appearance of pain / fissures in nipples did not bear significant implications for exclusive breastfeeding during hospitalization ($p=0, 150$), however, it was reflected after 15 days, with a very significant connection ($p=0, 002$).

The results of the research allow us to reflect on the importance of the correct breastfeeding technique (namely body posture and the handling of the baby to the breast) in the prevention of pain / fissures in the nipples and consequently the promotion of exclusive breastfeeding.

Key words: Breastfeeding; Pain / Fissures in nipples; Exclusive breastfeeding

INDICE

	Folha
INTRODUÇÃO	13
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	17
1 - ASPECTOS HISTÓRICOS DO ALEITAMENTO MATERNO	18
2 - ALEITAMENTO MATERNO E SUAS VANTAGENS	26
3 - ANATOMIA E FISIOLOGIA DA LACTAÇÃO	30
3.1 - ANATOMIA DA MAMA	30
3.1.1 - <i>Tipos de mamilo</i>	33
3.2 - FISIOLOGIA DA LACTAÇÃO	34
3.2.1 - Mecanismo de produção e ejeção de leite	36
3.2.2 - Condicionantes do atraso na lactogénese	39
4 - ASPECTOS RELEVANTES NA AMAMENTAÇÃO	41
5- TÉCNICA DA AMAMENTAÇÃO	45
5.1 - IMPORTÂNCIA DA TÉCNICA DE AMAMENTAÇÃO	48
6 - DIFICULDADES INICIAIS COM A AMAMENTAÇÃO	51
6.1 - MAMILOS DOLOROSOS E/OU COM FISSURAS	52
6.2 - INGURGITAMENTO MAMÁRIO	55
6.3 - BLOQUEIO DOS DUCTOS E MASTITE	56
6.4 - MAMILOS PLANOS E INVERTIDOS	57
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO	58
1 - MÉTODOS	59
1.1 - CONCEPTUALIZAÇÃO DO ESTUDO E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO	59
1.2 - VARIÁVEIS DE INVESTIGAÇÃO E SUA OPERACIONALIZAÇÃO	63
1.3 - POPULAÇÃO E AMOSTRA	66
1.4 - INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS	67
1.5 – PROCEDIMENTOS ÉTICOS	71
1.6 – PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS	72

2 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	74
2.1 - ANÁLISE DESCRITIVA	74
2.2 - ANÁLISE INFERENCIAL.....	91
3 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	102
4 – CONCLUSÕES	110
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	114
ANEXOS	123
ANEXO 1 - QUESTIONÁRIO	124
ANEXO 2 – QUESTIONÁRIO DE SEGUIMENTO	129
ANEXO 3 - FORMULÁRIO PARA OBSERVAÇÃO DA MAMADA	130
ANEXO 4 – APROVAÇÃO PELA COMISSÃO DE ÉTICA	131
ANEXO 5 – CONSENTIMENTO INFORMADO	133

INTRODUÇÃO

A amamentação não é uma prática nova e assumiu desde sempre um papel fundamental na sobrevivência humana. É uma arte feminina que passa de geração em geração. Durante dezenas ou centenas de milhares de anos, nunca, ou muito raramente, se recorreu a sucedâneos do leite materno (Talayero, 2004). Mas, as taxas de incidência e prevalência desta prática têm variado ao longo dos anos, por múltiplas razões, relacionadas a vários factores de ordem biológica, psicológica e sociocultural. A industrialização, a II Grande Guerra Mundial, a massificação do trabalho feminino e os movimentos feministas, a perda da família alargada, a indiferença ou ignorância dos profissionais de saúde e em destaque a introdução indiscriminada do leite artificial tiveram como consequência uma baixa da incidência e da prevalência do aleitamento materno. Foram as mulheres com maior escolaridade que mais precocemente deixaram de amamentar os seus filhos, as quais foram rapidamente imitadas pelas mulheres com menor escolaridade (Levy e Bértolo, 2012). Os índices de desmame precoce atingiram níveis alarmantes na década de 70 (com apenas 25% de lactantes em todo mundo), com consequências gravíssimas em termos de aumento da mortalidade e morbidade infantil. Foi então que se começou a tomar consciência da importância do aleitamento materno e se iniciou a sua promoção, surgindo associações para o apoiarem e defenderem (Manzanares, Sanz e López, 1997).

Nas últimas décadas tem havido realmente uma preocupação crescente em identificar as causas deste fenómeno, bem como em procurar e aplicar estratégias que visem a sua correcção.

Em Portugal os estudos efectuados sugerem que a evolução do aleitamento materno se processou de maneira semelhante à de outros países europeus (Levy e Bértolo, 2012).

Desde 1989, a partir da constatação dos efeitos adversos decorrentes do desmame precoce, especialmente nos países em desenvolvimento, a Organização Mundial de Saúde (OMS) em associação com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) tem vindo a empreender um esforço em todo o mundo no sentido de proteger, promover e apoiar o aleitamento materno, uma prioridade de saúde pública.

As atenções têm-se voltado para os benefícios do aleitamento materno e muitos estudos epidemiológicos e clínicos recentes permitiram demonstrar a superioridade da amamentação em relação ao aleitamento artificial na alimentação de lactentes humanos. É consenso da literatura que o aleitamento materno é a forma natural de alimentar lactentes e crianças na

primeira infância. As suas vantagens são múltiplas e já bastante reconhecidas, quer a curto, quer a longo prazo. O leite materno é fundamental para o crescimento e desenvolvimento das crianças, tanto do ponto de vista cognitivo como psicomotor, considerado um dos pilares para a promoção e protecção da saúde destas, por sua composição e disponibilidade de nutrientes e pelas propriedades anti-infecciosas e imunológicas. O aleitamento materno é também um favorecedor da relação afectiva mãe-filho. Além disso, o processo da amamentação traz também inúmeros benefícios para as mães, as famílias, a comunidade, bem como para a saúde e o sistema social, o meio ambiente e a sociedade em geral (Levy e Bértolo, 2012).

As recomendações da OMS/UNICEF são a implementação da prática do aleitamento materno exclusivo durante os primeiros seis meses de vida, assegurando o crescimento, desenvolvimento e saúde óptimos; depois dos seis meses até aos 2 anos ou mais, o aleitamento materno, em conjunto com uma alimentação complementar, continua a contribuir para a nutrição, desenvolvimento e saúde do lactente e da criança.

Em Portugal, os estudos realizados sugerem que a maioria das mães decide amamentar, verificando-se elevadas percentagens de aleitamento materno à saída da maternidade. No entanto, a duração e o abandono precoce do aleitamento materno parece ser o principal problema da sua prática, verificando-se que os números da realidade portuguesa em relação ao aleitamento materno exclusivo se encontram negativamente afastados da recomendação da OMS/UNICEF.

O processo de amamentação, embora de aparente simplicidade e automatismo fisiológico implica o envolvimento de uma série de factores maternos e outros relacionados ao recém-nascido; não é um processo inteiramente instintivo, mas é parcialmente baseado num comportamento aprendido. Desta forma, a prática da amamentação não está na dependência exclusiva de uma decisão prévia de amamentar ou não, mas está sujeita a muitas influências, resultantes da socialização de cada mulher, de um processo comportamental aprendido com as gerações anteriores, pela experiência ou pela observação (Molina, 2004b). Na opinião de Brazelton (1992; cit. por Pereira, 2006), as experiências de vida da mulher podem fazer com que seja contra ou não se sinta preparada para amamentar e, se uma mãe com esta opinião não for apoiada pelos que a rodeiam, é provável que falhe na sua tentativa de amamentar. Com o verdadeiro apoio emocional e físico, a maior parte das mulheres consegue amamentar os seus filhos e o prazer que daí advém incrementa os seus sentimentos de êxito como mãe.

Amamentar é, de facto, uma técnica que exige aprendizagem e prática, e nem sempre é fácil o seu início. Como enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, ao longo de mais de uma década na área de saúde materna e obstétrica, encontramos muito próximos no apoio a mães que iniciam a sua experiência de amamentação nos

momentos iniciais de contacto mãe/filho. Nos últimos anos detentores do Curso de Conselheira em Aleitamento Materno, estamos mais despertos para as dificuldades e as dúvidas das mães neste processo.

O aleitamento materno é realmente uma escolha alimentar que muitas mães fazem, no entanto, por vezes surgem dificuldades no puerpério imediato e que podem influenciar a amamentação. Dentro das dificuldades, encontra-se a lesão do mamilo como sendo um elemento causador de dor e sofrimento, interferindo na sensação de prazer e satisfação da mulher, constituindo por vezes uma das justificativas para a interrupção do aleitamento, dependendo da forma como enfrenta a situação (Silva, 1997 cit. por Shimoda, Silva e Santos, 2005).

Os enfermeiros desempenham um papel importante como orientadores neste processo de amamentar, e as suas acções devem ser positivamente efectivas. Foi então, no decurso da frequência do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Saúde da Guarda, e na sequência das nossas inquietudes pessoais e experiência profissional, que este tema foi adquirindo alguns contornos sendo ele tão actual e ainda pouco explorado no contexto português.

Neste âmbito, a presente investigação procura identificar a presença de mamilos dolorosos e/ou com fissuras como um problema em mães no início da lactação, analisar que condicionantes levam ao seu aparecimento e a sua implicação no aleitamento materno exclusivo. Esta identificação poderá permitir delinear estratégias de intervenção de forma a combater ou minorar este problema das mães no início da amamentação, e consequentemente, promover o aleitamento materno, com repercussões ao nível da saúde da criança.

Neste estudo optou-se pela investigação científica, pois baseia-se no rigor e na sistematização, a qual é definida por Fortin (2009: 4) como “um método de aquisição de conhecimentos que permite encontrar respostas para questões precisas. Ela consiste em descrever, em explicar, em predizer e em verificar factos, acontecimentos ou fenómenos”.

Face ao contextualizado, elaborámos para o presente estudo as seguintes questões de investigação:

- Em que medida a técnica de amamentação influencia o aparecimento de mamilos dolorosos e/ou com fissuras?

- Que relação existe entre algumas práticas/características das mães (orientação sobre amamentação no curso de preparação para o parto, experiência de amamentação, introdução de tetinas, conduta na prevenção da dor/fissuras nos mamilos, tipo de mamilo) e o aparecimento de mamilos dolorosos e/ou com fissuras?

- Em que medida o aparecimento de mamilos dolorosos e/ou com fissuras influencia o aleitamento materno exclusivo no internamento e aos 15 dias?

Trata-se de uma investigação com metodologia quantitativa e liga-se ao paradigma positivista, pois, tal como refere Fortin (2009: 26), “concebe a realidade como única e estática e segundo o qual os factos objectivos existem, independentemente do investigador, e podem ser isolados”. A investigação quantitativa visa, sobretudo, “explicar e prever um fenómeno pela medida das variáveis e pela análise de dados numéricos” (Fortin, 2009:27). Trata-se de um estudo descritivo-correlacional, pois tem por objectivo explorar relações entre variáveis e descrevê-las.

Por motivos de ordem prática e atendendo à área de residência e de exercício profissional da investigadora, a população escolhida para o estudo foram as duplas mães/filhos internadas no Serviço de Obstetrícia da Unidade Local de Saúde (ULS) da Guarda no puerpério imediato. A investigação incidiu sobre uma amostra de 160 duplas mães/filhos, cuja recolha de dados decorreu entre os meses de Maio e meados de Agosto de 2012.

A estratégia metodológica para a recolha de informação foi o questionário auto-administrado e a aplicação do Formulário para Observação da Mamada da OMS/UNICEF, na maternidade, e ainda o questionário de seguimento aos 15 dias, aplicado pela investigadora por contacto telefónico.

O processo de investigação comporta quatro fases (Fortin, 2009): conceptual, metodológica, empírica e de interpretação/ difusão dos resultados.

O trabalho encontra-se dividido em duas partes principais, que são sistemáticas e se completam. Na primeira parte é apresentado o enquadramento teórico sobre o tema, segundo diferentes autores e que considerámos indispensável para o conhecimento e compreensão do tema em estudo, oferecendo apoio e base científica ao mesmo; a segunda parte corresponde ao estudo empírico, onde é apresentada a metodologia de investigação, análise e discussão de resultados e conclusões.

PARTE I
ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 - ASPECTOS HISTÓRICOS DO ALEITAMENTO MATERNO

O aleitamento materno é um fenómeno bio cultural, uma simbiose entre o instinto e a cultura. É o aspecto cultural que lhe confere uma especial vulnerabilidade: os avanços científicos, as alterações sociológicas, o desinteresse a nível de saúde pública e as pressões comerciais estiveram a ponto de o fazer desaparecer no último século (Talayero, 2004).

O aleitamento materno é um elemento primordial para a saúde e sobrevivência da criança e é reconhecido como tal há milénios. A mulher sempre amamentou ao longo da história da humanidade e nunca foi descoberto substituto eficaz para o leite materno (Kenner, 2001).

Há provas de que as crianças já eram amamentadas no ano 3000 antes de Cristo, situação que se foi mantendo durante vários milénios em muitas sociedades cultural e socialmente distintas, que consideravam a amamentação uma dádiva de Deus. Sabe-se que o aleitamento materno, até há cerca de cem anos, era utilizado muitas vezes até aos três anos de vida e, desde a Pré-história, em simultâneo com outros alimentos a partir dos seis meses. Num papiro egípcio encontrado em Ebers, pertencente ao princípio da XVIII dinastia (1587 - 1328 antes de Cristo), descrevem-se técnicas para estimular o fluxo de leite em mulheres que amamentavam e para saber se o leite era bom ou mau. Na Índia, entre 1800 e 1500 antes de Cristo, recomendava-se o aleitamento materno exclusivo durante um ano, com desmame progressivo até aos três anos. Em papiros egípcios, podia ler-se “quando nasceste, ela te levou no seu colo e durante três anos te amamentou”. Entre os judeus do segundo século antes de Cristo não seria rara uma amamentação até aos três anos de idade. Na Europa dos séculos VIII a X, o aleitamento médio era de dois anos e nos séculos XI a XIII de dezoito meses; nestes períodos, em todas as classes sociais, após o aleitamento exclusivo, este era complementado com papas de pão com água ou leite de animais. Em França, no século XV, os dados apontam para uma duração de dois a três anos do aleitamento materno e, no século XVI, as indicações correntes eram de iniciar o desmame por volta dos quinze meses e terminar aos dois, três anos, quando toda a dentição de leite tenha nascido. Nas classes sociais elevadas o desmame era rápido, ao passo que nas classes médias e baixas era progressivo e o aleitamento materno durava mais tempo (Talayero, 2004).

No século XVIII, na Europa, sobretudo em França e na Inglaterra, o aleitamento materno sofreu um decréscimo, principalmente nas classes sociais altas, os filhos eram separados das mães e entregues a serviçais encarregues da sua educação; o aleitamento

materno era impensável, pois a separação era consumada logo à nascença quando entregavam a criança a uma ama-de-leite (Galvão, 2006). Na antiguidade as amas-de-leite tinham um papel muito bem definido, trabalhavam para as famílias poderosas que tinham bebés cujas mães não queriam amamentar pelo desgaste que supunham da amamentação. As amas-de-leite iam viver com as famílias do filho recém-nascido, para que desse modo os pais pudessem vigiar de perto a mulher que se encarregava de amamentar seu filho (Aguilar Cordero, 2005).

No século XIX as mães voltaram a amamentar os seus filhos, atingindo os 90% em 1900 (Galvão, 2006).

Após a industrialização, e principalmente a seguir à Segunda Guerra Mundial, com o aparecimento do leite de fórmula, houve novamente um decréscimo do aleitamento materno, atingindo em 1970 o nível mais baixo, chegando quase a desaparecer a meados do século XX (Aguilar Cordero, 2005).

No início do século XX centenas de milhares de crianças passaram a ser alimentadas com leite modificado de uma espécie distinta. As consequências, que não se previam, foram desastrosas no terceiro mundo (milhares de mortos por infecções e desnutrição) e muito graves e possivelmente algumas ainda desconhecidas nos países desenvolvidos (aumento das doenças infecciosas e imunitárias, de consultas médicas e de hospitalizações). De facto mais que uma geração de mulheres não amamentaram os seus filhos, interrompendo-se a transmissão de conhecimentos entre gerações, perdendo-se uma cultura (Talayero, 2004). Entre 1940 e 1950 só amamentavam os seus filhos 25% das mulheres. Nessa época considerava-se que a amamentação era uma sobrecarga para a mãe e não representava nenhuma vantagem nem para a criança nem para ela. A mortalidade em bebés alimentados com leite materno era de 15 a 20% e sem leite materno era de 38% (Aguilar Cordero, 2005).

Se tudo no aleitamento fosse instinto, não teria havido grande problema, fundamentalmente da parte do recém-nascido (reflexos de busca e sucção-deglutição), uns reflexos extremamente eficazes da mãe (a estimulação do peito que provoca aumento das hormonas prolactina e ocitocina) e um importante componente cultural transmitido (a técnica ou arte feminina de amamentar, transmitido sabiamente de mães para filhas sem que fosse necessária a intervenção do pessoal de saúde). Isto foi o que se perdeu: a cultura do aleitamento materno, da criança natural e, possivelmente o vínculo afectivo natural entre mães e filhos (Talayero, 2004).

Os avanços das últimas décadas na composição de leites adaptados, a partir do leite de vaca, resultaram em produtos que, ainda que desprovidos da componente imunitária do leite humano, são quimicamente similares e, quando administrados a lactentes em condições

culturais (bem preparados), económicas (em quantidade suficiente), e higiénicas adequadas, conseguem obter resultados nutricionais satisfatórios e desprovidos dos iniciais efeitos catastróficos descritos em séculos anteriores, se bem que os efeitos a longo prazo continuam ainda desconhecidos e provavelmente não desejados. Os médicos que recomendavam o aleitamento materno alteram o seu discurso e estão entre os promotores das bases “científicas” para modificar o leite de vaca e torná-lo assimilável pelos seres humanos (Bueno e Teruya, 2004).

Vários são os factores apontados como consequência para uma baixa da incidência e da prevalência do aleitamento materno, nomeadamente factores de ordem socioeconómica, cultural e comportamental. A revolução industrial que propiciou o desenvolvimento da química e consequente adaptação do leite de vaca, a massificação do trabalho feminino, os movimentos e pensamento feministas (a mulher encara o aleitamento artificial como uma libertação), a perda da família alargada, a indiferença ou ignorância dos profissionais de saúde e a publicidade agressiva das indústrias produtoras de substitutos do leite materno são apontados como factores determinantes (Levy e Bértolo, 2012; Maldonado, Ansótegui, Diaz-Gomez et al., 2004). Contribuem ainda para a perda do aleitamento materno: a institucionalização do parto, pois este deixa de ser realizado em casa, no ambiente natural e familiar, e passa a ser realizado no hospital, onde está disponível o acesso aos mais avançados meios técnico-científicos (Maldonado et al., 2004); a nível cultural, o significado do peito como símbolo sexual, falsos conceitos sobre repercussão na estética e relações sexuais, papel negativo do cônjuge, pudor de amamentar em público (Martins, 2001).

De salientar que, foram as mulheres com maior escolaridade que mais precocemente deixaram de amamentar os seus filhos, sendo rapidamente imitadas pelas mulheres com menor escolaridade. Este fenómeno alastrou-se aos países em desenvolvimento, com consequências gravíssimas em termos de aumento da mortalidade infantil (Levy e Bértolo, 2012).

A partir de 1950 com o desenrolar do aperfeiçoamento da alimentação infantil surgiu um interesse científico pelo leite materno e pela amamentação. Estudou-se a composição geral do leite, da qual até ao momento se sabia muito pouco (Aguilar Cordero, 2005).

A partir de 1970 toma-se consciência da importância do aleitamento materno e verificou-se um retorno gradual à prática, sobretudo nas mulheres mais informadas (Levy e Bértolo, 2012).

Hoje em dia, sobretudo nos países ricos, não podemos invocar nem o feminismo, nem o trabalho assalariado da mulher, nem a pressão das indústrias, como desculpa para não aumentar a prevalência do aleitamento materno. Por outro lado, devido aos desastres causados

pelo uso indevido da ciência, o artificial tem perdido terreno para o natural. As primeiras a fazer frente a esta situação foram as próprias mulheres (Talayero, 2004): Cecily Williams, pediatra, responsabilizou os substitutos do leite humano por milhares de mortes de crianças, em 1939; em 1956, em pleno auge da cultura do biberão, um grupo de mulheres de Chicago fundou a “La Leche League” para dar apoio pessoal às mulheres que amamentavam.

Em Portugal os estudos efectuados sugerem que a evolução do aleitamento materno se processou de maneira semelhante à de outros países europeus (Levy e Bértolo, 2012).

A OMS em associação com a UNICEF tem vindo a empreender um esforço em todo o mundo no sentido de proteger, promover e apoiar o aleitamento materno.

Nas últimas três décadas são vários os eventos e iniciativas que têm vindo a ser desenvolvidas com o objectivo de dar resposta ao aleitamento materno como uma prioridade de Saúde Pública Mundial, assim definida pela OMS e UNICEF em 1989 e reafirmada em 2004 (Pereira, 2006).

Há vários factores a condicionar a prevalência e a duração do aleitamento materno. A 27ª Assembleia Mundial da Saúde, em 1974, alertou para o declínio do aleitamento materno, relacionando-o com vários factores socioculturais, entre outros, incluindo a promoção de substitutos do leite materno industrializados. A mesma Assembleia apelou aos Estados-membros para analisarem as actividades de promoção e venda de alimentos para lactentes, e introduzirem medidas compensatórias, nomeadamente códigos de publicidade e legislação onde necessário. O assunto foi retomado pela 31ª Assembleia Mundial da Saúde, em 1978, cujas recomendações para os Estados-membros constava em dar prioridade à prevenção da malnutrição em lactentes e crianças, através do apoio e da promoção do aleitamento materno, com a adopção de medidas legislativas e sociais (OMS, 1981).

Com o propósito de incentivar o aleitamento materno, foram estabelecidos diversos acordos internacionais, subscritos por um grande número de países, ilustrados por três documentos capitais: a Declaração Conjunta OMS/UNICEF, sobre a Alimentação do Lactente e da Criança Pequena, assinada em 1979, que alertou para os efeitos negativos do desmame precoce; o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno, em 1981, aprovado por 118 países, e a aceitação, em 1991, pela Associação Internacional de Fabricantes de Alimentos Infantis, da cessação da distribuição gratuita, ou a preço reduzido, de leites artificiais aos serviços materno- infantis (Araújo, 2000).

Em 1989 a OMS/UNICEF realizaram a Declaração conjunta sobre “ Protecção, promoção e apoio ao aleitamento materno: O papel especial das maternidades”, incentivando para que todas as pessoas (independente da sua classe social), e especialmente os pais, tenham acesso a educação específica sobre aleitamento materno e recebam apoio para a pôr em

prática. Ainda em 1989, A Convenção sobre os Direitos da Criança, carta magna dos direitos específicos da criança em cujo artigo 24 reconhece como “direito da criança o mais alto nível possível de saúde” e exige aos Estados - membros que tomem as medidas apropriadas no sentido da promoção do aleitamento materno como um princípio básico de saúde e nutrição (Maldonado et al., 2004).

Em 1990, no decorrer do encontro “Aleitamento Materno na Década de 90: Uma Iniciativa Global”, realizado em Spedale Degli Innocenti, na cidade de Florença, surge a Declaração de Innocenti, a qual foi posteriormente actualizada em 2005 (UNICEF, 2005), incentivando os governos a adoptar medidas para conseguir uma “cultura de aleitamento materno” traçando como metas globais que:

- Todas as mulheres devem estar capacitadas a praticar o aleitamento materno exclusivo e todos os bebés devem ser amamentados exclusivamente com leite materno, desde o nascimento até aos 6 meses de vida. Após esse período, as crianças devem continuar a ser amamentadas com leite materno, quando começarem a receber alimentação adequada e apropriada, até aos dois anos de idade ou mais;
- Sejam asseguradas medidas para que a mulher tenha uma alimentação correcta, para elevar o seu próprio nível de saúde e o da sua família;
- Se desenvolvam esforços no sentido de aumentar a autoconfiança da mulher na prática da amamentação;
- Se desenvolvam políticas nacionais de aleitamento materno e estabeleçam metas de curto e longo prazo para os anos 90;
- Sejam integradas as políticas de aleitamento materno nas políticas globais de desenvolvimento e saúde, procurando evitar políticas divergentes. Sejam reforçadas as acções que complementem os programas de aleitamento materno.

Segundo a mesma declaração, todos os países, até ao ano de 1995, deveriam ter como metas possíveis:

- Um comité nacional de aleitamento materno composto por membros do governo e organizações não-governamentais e uma autoridade competente como coordenador nacional de aleitamento materno;
- Assegurar que todas as maternidades coloquem em prática os “DEZ PASSOS PARA O ALEITAMENTO BEM-SUCEDIDO”;
- Implementação do Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno e as subseqüentes resoluções da Assembleia da OMS;
- Elaboração de legislação de protecção ao direito ao aleitamento da mulher trabalhadora e sua implementação.

Esta declaração traçava objectivos muito elevados, todavia, a história, juntamente com uma literatura cada vez mais abrangente de estudos bem delineados, diz-nos que a Declaração de Innocenti foi, na verdade, uma excelente estratégia (Labbok, 2007).

A OMS e a UNICEF reconhecendo que o aleitamento materno é um processo único, com benefícios muito importantes para as crianças e suas mães, e conscientes das graves consequências que o abandono da sua prática têm a nível mundial, promoveram, em 1991, um comunicado conjunto, “Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés”, como uma estratégia para a recuperação da prática da amamentação aplicada em todo o mundo. Desde então foi-se estendendo progressivamente com maior ou menor intensidade em todos os países.

Esta iniciativa contempla 10 medidas importantes para o sucesso do aleitamento materno, as quais deveriam ser implementadas nos serviços de saúde vocacionados para a assistência a grávidas e recém-nascidos, definindo objectivos e estratégias que, a serem cumpridos, confeririam a esses mesmos serviços de saúde a categoria de “Hospital Amigo dos Bebés” (Levy e Bértolo, 2012).

Portugal respondeu a essa iniciativa e em 1992 criou a Comissão Nacional “Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés” (IHAB), com sede na UNICEF (Levy e Bértolo, 2012):

Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés (OMS/UNICEF)

1. Ter uma política de promoção do aleitamento materno, afixada, a transmitir regularmente a toda a equipa de cuidados de saúde.
2. Dar formação à equipa de cuidados de saúde para que implemente esta política.
3. Informar todas as grávidas sobre as vantagens e a prática do aleitamento materno.
4. Ajudar as mães a iniciarem o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento.
5. Mostrar às mães como amamentar e manter a lactação, mesmo que tenham de ser separadas dos seus filhos temporariamente.
6. Não dar ao recém-nascido nenhum outro alimento ou líquido além do leite materno, a não ser que seja segundo indicação médica.
7. Praticar o alojamento conjunto: permitir que as mães e os bebés permaneçam juntos 24 horas por dia.
8. Dar de mamar sempre que o bebé queira.
9. Não dar tetinas ou chupetas às crianças amamentadas ao peito.
10. Encorajar a criação de grupos de apoio ao aleitamento materno, encaminhando as mães para estes, após a alta do hospital ou da maternidade.

Para se tornarem “Hospital Amigo dos Bebés” os estabelecimentos de saúde necessitam de ser avaliados, com base no cumprimento dos critérios globais de cada um dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno, necessitando de obter no mínimo 80% de aprovação dos critérios globais estabelecidos para cada um dos dez passos (Pereira, 2006).

Com o intuito de capacitar profissionais de saúde para intervir nas maternidades no apoio e protecção da amamentação, foram realizados cursos de “Aconselhamento em Aleitamento Materno”. Em Portugal o primeiro curso foi realizado em 1996 pela Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés em colaboração com a OMS/UNICEF na Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa. Os primeiros cursos

foram, maioritariamente, frequentados por profissionais da área intra-hospitalar, seguindo-se formações no âmbito das Unidades Coordenadoras Funcionais, o que permite uma articulação positiva entre os serviços de Obstetrícia, Pediatria e o apoio na comunidade (Pereira, 2006).

Para além das dez medidas, o Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno (adoptado em Portugal desde 1981) é também um dos requisitos para ser Hospital Amigo dos Bebés. Em 1997, a Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés, na Conferência Internacional sobre aleitamento materno, oficializou a candidatura de 15 hospitais e maternidades a Hospitais Amigos dos Bebés. Em Outubro de 2005 o Hospital Garcia da Horta foi avaliado e creditado, passando a ser o primeiro hospital que tem implementado o programa Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés (Pereira, 2006). A partir de então outros hospitais foram creditados.

Em Setembro de 2005 a Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa em conjunto com a Comissão Nacional Hospitais Amigos dos bebés, promoveram um curso de Formação de Formadores em Aleitamento Materno, da OMS/UNICEF, onde participaram oito enfermeiras, que se constituíram em grupo formando o Comité para a Protecção, Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno em Portugal. Sediado no Ministério da Saúde, através da Direcção Geral de Saúde, está a desenvolver um plano de acção que tem como objectivo principal promover o aleitamento materno no país, através de acções concertadas a nível nacional. Desde o início da sua actividade já organizaram e realizaram vários cursos de Aconselhamento em Aleitamento Materno da OMS/UNICEF, com a duração de 40 horas, sendo formados vários Conselheiros em Amamentação (Pereira, 2006).

Com respeito à política de promoção, protecção e apoio ao aleitamento materno e reconhecendo a importância que os profissionais que trabalham nos cuidados de saúde primários, desempenham no pré e pós-natal, o Comité Português para a UNICEF e a Comissão Nacional IHAB, no âmbito da Semana do Aleitamento Materno em 2011, definiram as “”Sete medidas para ser considerada Comunidade Amiga dos Bebés (Alto Comissariado Para a Saúde, 2011). São elas:

1. Ter uma política de promoção do aleitamento materno, escrita, afixada, a ser transmitida a toda a equipa de cuidados de saúde;
2. Dar formação à equipa para que implemente esta política;
3. Informar todas as grávidas e a família sobre as vantagens e a prática do aleitamento materno;
4. Apoiar as mães a iniciarem e manterem o aleitamento materno;
5. Promover o aleitamento materno exclusivo até aos seis meses e aleitamento materno com alimentos complementares até aos dois anos;
6. Providenciar ambiente acolhedor para as famílias que amamentam;

7. Promover a colaboração entre a equipa de saúde e grupos de apoio ao aleitamento materno da comunidade local.

Na actualidade, vários estudos internacionais publicados comprovam a eficácia do programa Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés, designadamente os estudos realizados em 1997 por Friedrich, em 2002 Gupta e Mathur e em 2003 Durand et al. (cit. Pereira, 2006).

Em Portugal, segundo o Registo do Aleitamento Materno (relatório Julho 2010- Junho 2011), 98,5% de lactentes iniciou aleitamento materno antes da alta da maternidade, no entanto, apenas 65,2% manteve aleitamento materno exclusivo até ao dia da alta. Os Hospitais designados como “Amigos dos Bebés” tiveram uma percentagem igual de lactentes que iniciaram aleitamento materno antes da alta, 98,5%, no entanto, a percentagem de lactentes que manteve aleitamento materno exclusivo até ao dia da alta é superior, com 72,5% (DGS, 2012).

As práticas hospitalares são descritas como favorecedoras ou prejudiciais ao sucesso do aleitamento materno e nem sempre é tarefa fácil alterar determinadas rotinas hospitalares. As práticas variam ainda de cultura para cultura e dentro da mesma cultura.

Nos últimos anos, foram levadas a cabo várias iniciativas de promoção do aleitamento materno e de incentivo e actualização dos profissionais de saúde. A nível institucional também se tem notado um interesse renovado pela protecção e promoção do aleitamento materno

No início do século XXI tem-se a certeza de que o aleitamento materno é compatível com a sociedade moderna e industrializada, mas é necessário uma sensibilização social e o conhecimento das vantagens científicas demonstradas da amamentação, tanto para o bebé como para a mãe. Os meios de comunicação têm, também, um papel muito importante na transmissão de aspectos relacionados com a amamentação, na educação e sensibilização das pessoas e na difusão das leis e recomendações que estabelecem os organismos internacionais, como a OMS e a UNICEF.

2 - ALEITAMENTO MATERNO E SUAS VANTAGENS

O aleitamento materno é a forma natural de alimentação de todos os mamíferos, em geral, e da espécie humana em particular.

Aleitamento materno é o conjunto de processos nutricionais, comportamentais e fisiológicos envolvidos na ingestão, pela criança, do leite produzido pela própria mãe, seja directamente da mama ou por extracção manual ou artificial (Saraiva, 2010).

O leite materno foi, durante quase toda a existência da humanidade, o único alimento do recém-nascido e do lactente. Este é “um alimento vivo, completo e natural, perfeitamente adaptado à insuficiência digestiva e à maturidade do recém-nascido” (Levy, 2005). O leite de qualquer mamífero está adaptado às características das suas crias, com propriedades específicas e diferentes para o crescimento e desenvolvimento de cada espécie. O leite da mulher produz-se segundo um padrão próprio da nossa espécie, o código genético humano. As diferenças, em relação a outros leites, naturais ou artificiais, têm carácter tanto quantitativo como qualitativo, já que o leite da mulher está biologicamente ajustado às características e às necessidades dos bebés humanos, e vai modificando gradualmente a sua composição e a sua quantidade, de forma regulada pela própria interacção mãe-filho, durante a amamentação. A composição do leite materno varia durante o processo de amamentação de acordo com as necessidades do lactente nas diferentes fases (Aguilar Cordero, 2005).

Apresentando-se sob a forma de colostro nos primeiros dias de vida do recém-nascido, depois como leite de transição nos dias seguintes, e por fim, a partir da segunda ou da terceira semana e para além dos dois anos, como leite maduro (Aguilar Cordero, 2005). O colostro é um fluido amarelado e espesso de alta densidade e escasso volume. Nos primeiros dias pode variar de 2 a 20 ml por mamada, suficiente e adaptado para satisfazer as necessidades do recém-nascido. O leite de transição é o leite que se produz entre o 4º e o 15º dia após o parto. Entre o 4-6 dia existe um aumento brusco da produção de leite (subida de leite), que segue aumentando posteriormente até alcançar um volume de 600 a 700 ml por dia entre os 15 e 30 dias pós parto. Este leite tem uma composição intermédia e vai variando dia a dia até atingir a composição do leite maduro. Este tem uma grande variedade de componentes nutritivos e não nutritivos. O volume médio de leite maduro é de 700 a 900 ml por dia durante os seis primeiros meses pós parto (Maldonado et al., 2004).

O leite materno além de complexo é impossível de ser imitado, pois a sua composição muda até mesmo durante a mamada. O leite inicial, de cor acinzentada, é rico em proteínas,

lactose, vitaminas, sais minerais e água. O leite do final da mamada parece mais branco que o anterior porque contém mais gordura, responsável por mais de metade da carga energética do leite materno (OMS/UNICEF, 1993).

“O leite materno é um alimento vivo, completo e natural, adequado para quase todos os recém-nascidos, salvo raras exceções” (Levy e Bértolo, 2012). Dá à criança o melhor começo de vida e muitas sofrem de doenças que não teriam contraído se tivessem sido amamentadas. Estima-se que mais de um milhão de crianças morrem por ano com diarreia, infecções respiratórias e outras infecções por não serem amamentadas adequadamente (OMS/UNICEF, 1993).

As atenções têm-se voltado para os benefícios do aleitamento materno e muitos estudos epidemiológicos e clínicos recentes permitiram demonstrar a superioridade da amamentação em relação ao aleitamento artificial na alimentação de lactentes humanos.

As vantagens do aleitamento materno são múltiplas e já bastante reconhecidas, quer a curto, quer a longo prazo. As vantagens referidas dizem respeito ao estado de saúde, crescimento e desenvolvimento do lactente na perspectiva nutricional, imunológica, psicológica, social, económica e ambiental.

Relativamente ao bebé, o leite materno previne infecções gastrointestinais, respiratórias e urinárias; tem um efeito protector sobre as alergias, nomeadamente as específicas para as proteínas do leite de vaca e assegura uma melhor adaptação à introdução de outros alimentos (Levy e Bértolo, 2012). O leite materno dos primeiros dias, o colostro, contém mais anticorpos e mais glóbulos brancos que o leite maduro, o que confere protecção contra a maior parte das bactérias e vírus e também é rico em factores de crescimento que estimulam o intestino imaturo da criança para um desenvolvimento harmónico (Fidler e Koletzko, 2000). Se a criança recebe leite de vaca ou outro alimento antes do colostro, estes podem lesar o intestino e provocar alergia e intolerância, como por exemplo a desencadeada pelas proteínas do leite de vaca (Saarinen et al., 2000). O colostro tem ainda uma acção laxante, isto é, amolece as fezes e ajuda à eliminação do mecónio. Tal pode evitar, por exemplo a icterícia neonatal (Mishra et al., 2008). O pH intestinal mais baixo dos lactentes amamentados favorece o crescimento de lactobacilos que são benéficos e inibe a proliferação de organismos patogénicos deletérios como a *Escherichia coli*. O pH mais elevado resultante da ingestão de fórmulas artificiais conduzirá ao efeito contrário. A população lactobacilar fornece ao lactente muitos factores de resistência contra infecções intestinais causadas por vários agentes patogénicos. O colostro é especialmente rico em imunoglobulinas e elementos celulares, no entanto, o leite maduro contém também quantidades significativas daquelas substâncias, o que confere ao lactente imunidade passiva, por um período de 4 a 6 meses, até que o seu sistema

imunitário se torne competente. Além de fornecer protecção contra as infecções gastrointestinais, esses anticorpos passam também para a circulação sistémica. No epitélio nasal de lactentes amamentados encontram-se concentrações elevadas de imunoglobulinas, facto que provavelmente explicará a menor incidência de infecções respiratórias. A morbidade por doenças respiratórias é significativamente menor naqueles que não interrompem o aleitamento materno aos 12 meses (Chantry, Howard e Auinger, 2002). Os lactentes amamentados ganham menos peso e são mais magros no final do primeiro ano de vida. Estudos de seguimento a longo prazo demonstram que o aleitamento materno pode contribuir para reduzir a prevalência de doenças cardiovasculares na idade adulta e outras relacionadas com a obesidade, a epidemia do século XXI e um grave problema de Saúde Pública no mundo ocidental (Arenz et al. 2004; American Academy of Pediatrics, 2003). Recentemente a OMS reviu todos os benefícios do aleitamento materno sobre a pressão arterial, a obesidade, o colesterol, a diabetes e a inteligência (González, 2005). Também Levy e Bértolo (2012) referem a importância do aleitamento materno a longo prazo na prevenção da diabetes e de linfomas. De facto, a protecção contra diabetes é outra razão importante para apoiar o aleitamento materno prolongado. Macedo (1999) sugere relação entre Diabetes Mellitus tipo 1 e a introdução antes do primeiro ano de vida de produtos que contém proteínas de leite de vaca intactas. Outros associam o aleitamento materno exclusivo a uma menor prevalência de Diabetes Mellitus tipo 2 para a mãe que amamenta (Pryor e Pryor, 2007) e para o adulto que foi amamentado (Das, 2007). Alguns estudos sugerem ainda uma diminuição das taxas de Síndrome de Morte Súbita no lactente no primeiro ano de vida e diminuição de problemas com a dentição (Carvalho, 2005). O leite materno favorece o desenvolvimento psicomotor nas crianças, com aumento do QI, através dos ácidos gordos existentes no leite (Levy, 2005). Diversos estudos descrevem os benefícios psicológicos do aleitamento materno prolongado. Favorece o estabelecimento do vínculo afectivo entre mãe e filho, criando uma ligação muito forte e precoce entre ambos, o que favorece o desenvolvimento da criança e o seu relacionamento com as outras pessoas (Galvão, 2006).

No que diz respeito às vantagens para a mãe, o aleitamento materno facilita uma involução uterina mais precoce; protege a mãe de uma nova gravidez se praticar aleitamento materno exclusivo, em regime livre e sem intervalos nocturnos; associa-se a menor probabilidade de ter cancro da mama entre outros (Levy e Bértolo, 2012); permite perder peso e retomar as formas habituais de forma gradual; fortalece os ossos da mulher, reduzindo o risco de osteoporose ou fracturas da anca; diminui a probabilidade de ter depressão, talvez devido ao facto das hormonas da lactação transmitirem uma sensação de paz (Pryor e Pryor, 2007).

O aleitamento materno tem também vantagens económicas, para a família, instituições de saúde e governos. Ao reduzir as infecções e outras doenças, diminui o absentismo das mães e os gastos com a saúde, assim como se poupa nos gastos com o aleitamento artificial (Galvão, 2006).

O aleitamento materno tem ainda vantagens ecológicas, pois contribui para a saúde do planeta. É o alimento mais ecológico, uma vez que é produzido, transmitido e consumido sem poluição nem subprodutos residuais; não consome energia nem recursos naturais; não contamina a água, nem requer água eventualmente contaminada para a sua preparação (Pryor e Pryor, 2007).

Definição para a alimentação infantil

A OMS/UNICEF (1993) consideram os diferentes tipos de definições para a alimentação infantil:

Amamentação exclusiva ou aleitamento materno exclusivo – consiste em dar ao bebé apenas leite materno, sem outro líquido ou sólido, incluindo água. São excepção os medicamentos, gotas de vitaminas ou sais minerais e o leite materno extraído.

Amamentação predominante ou aleitamento materno predominante – quando o bebé, além de leite materno, ingere outros líquidos como água ou chá. Também chamado aleitamento materno quase exclusivo ou amamentação quase exclusiva.

Aleitamento completo ou amamentação completa – é o período em que o bebé fez aleitamento materno exclusivo somado ao período em que fez aleitamento materno quase exclusivo.

Aleitamento misto – significa que o bebé ingere leite materno e leite artificial ou outro alimento, na mesma mamada ou em mamadas diferentes.

Aleitamento por biberão – significa dar a alimentação por biberão, independente do conteúdo deste, mesmo que se trate de leite materno obtido por extracção.

Aleitamento artificial – significa alimentar uma criança com alimentos artificiais e não dar aleitamento materno.

Alimentação complementar – quando a criança ingere outros alimentos além de leite materno no momento adequado, ou seja, após os 6 meses de idade.

3 - ANATOMIA E FISIOLOGIA DA LACTAÇÃO

As glândulas mamárias fazem parte do aparelho reprodutor e como tal têm a finalidade de produzir leite para nutrir o recém-nascido (Aguilar Cordero, 2005). Refere Galvão (2006) que amamentar é um processo natural e fisiológico, e será facilmente entendido se estiverem presentes noções sobre anatomofisiologia da mama e o ciclo da lactação.

3.1 - ANATOMIA DA MAMA

Na mulher as mamas são um par de glândulas exócrinas anexas à pele, simetricamente localizadas uma de cada lado do tórax, especializadas na produção de leite. A sua forma, tamanho e consistência variam nas diferentes idades. Desenvolvem-se e diferenciam-se na puberdade, atingindo o seu maior desenvolvimento na gravidez e na lactação (Júnior e Romualdo, 2005).

Nos primeiros dias de vida a glândula mamária pode apresentar-se proeminente tanto nos rapazes como nas raparigas e mesmo segregar algum leite, pelo efeito dos estrogénios maternos que atravessam a placenta. Ao fim de alguns dias, passado o efeito dos estrogénios, a mama do bebé ficará em repouso.

Na puberdade, a elevação dos níveis séricos de estrogénio produzem na rapariga um aumento progressivo do tamanho da mama, induzindo a proliferação celular com desenvolvimento de pequenas estruturas túbulo-alveolares, ao mesmo tempo que os canais galactóforos se ramificam e alongam. O início do desenvolvimento mamário pode ser assimétrico e acontecer meses antes numa mama em relação à outra. Os estrogénios também aumentam a vascularização do tecido mamário. A elevação dos níveis de progesterona, durante a puberdade, determina a maturação do tecido da glândula mamária, particularmente das estruturas lobulares e acinares. A deposição de gordura e o crescimento do tecido fibroso contribuem para aumentar o tamanho da glândula (Lowdermilk e Perry, 2008).

Na mulher a acumulação de gordura torna a mama maior, e a diferença de dimensões da mama surge pela variação na quantidade de gordura e não na quantidade de tecido mamário (González, 2005).

As mamas são estruturas complexas constituídas por tecido glandular (onde é produzido o leite) rodeado de gordura e tecido de sustentação. Na mama visualiza-se o mamilo,

constituído por tecido erétil, cuja base é envolvida por uma área discóide cutânea, que se chama aréola mamária. A pele que reveste o mamilo e a aréola é pigmentada, com coloração que varia de rósea a acastanhada conforme a raça. Durante a gravidez e lactação o seu tamanho e pigmentação aumentam. Na aréola encontram-se as pequenas glândulas de Montgomery que segregam um fluido oleoso para manter a pele saudável (Júnior e Romualdo, 2005).

Relativamente à glândula mamária, esta é composta por 15 a 20 lobos que se encontram divididos em lóbulos. Os lóbulos são agrupamentos de ácidos. Um ácido é uma estrutura sacular terminal de uma glândula composta que se esvazia através de um canal ou ducto. Os ácidos estão revestidos por células epiteliais que segregam colostro e leite. Logo abaixo do epitélio encontra-se o mioepitélio, que se contrai para expelir o leite dos ácidos. Os canais dos agrupamentos de ácidos que formam os lóbulos unem-se para formarem canais maiores que drenam os lobos. Os canais que partem dos lobos convergem no mamilo, circundado por uma aréola. À medida que os canais vão convergindo, dilatam-se para formarem os canais galactóforos. Os seios galactóforos servem de reservatórios para o leite. As estruturas glandulares e os canais são rodeados por tecido adiposo protector e estão separados e sustentados por ligamentos suspensores e fibrosos, os ligamentos de Cooper (Lowdermilk e Perry, 2008).

Actualmente existe um estudo, referenciado por Saraiva (2010), em que os autores, através do uso de imagens obtidas por ultra-sons, estudaram a anatomia mamária, referindo que o número de ductos é em média nove, contra os 15-20 que se acreditava existirem. Verificaram ainda a inexistência dos seios lactíferos ou galactóforos, ocorrendo a ramificação dos ductos lácteos perto do mamilo (Figura 1).

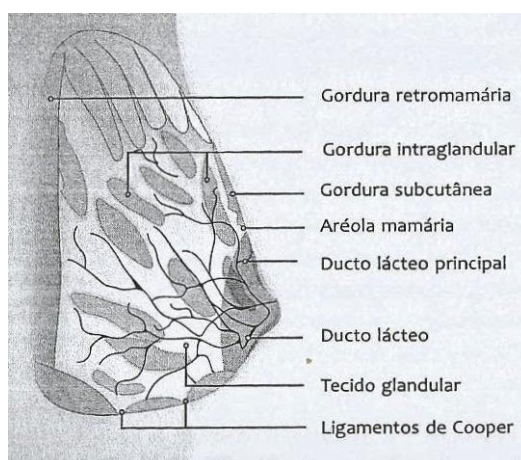


Figura 1 - Anatomia bruta da mama baseada em observações realizadas por ultra-sons

Fonte: Saraiva, H. (2010). Aleitamento Materno: Promoção e Manutenção. Lisboa, Porto: Lidel

De acordo com Levy e Bértolo (2012) dentro da mama existem milhões de alvéolos – a figura 2 mostra apenas alguns deles.

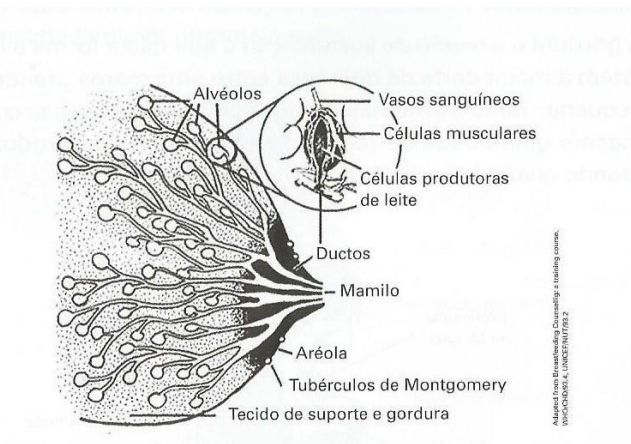


Figura 2 - Anatomia da mama

Fonte: Levy, L. e Bértolo, H. (2012). Manual de Aleitamento Materno.

Comité Português para a UNICEF. Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés.

Os alvéolos, unidades básicas de tecido glandular, que são pequeninos sacos feitos de células secretoras de leite, produzem leite sob acção de uma hormona chamada prolactina. Em torno dos alvéolos há células musculares, as células mioepiteliais, que se contraem, sob a acção da hormona oxitocina, e expulsam o leite para fora dos alvéolos. O leite dos alvéolos é conduzido para o exterior através de pequenos tubos, os ductos. Estes tornam-se mais largos sob a aréola, permitindo que ao sugar o bebé recolha o leite, e novamente mais estreitos à medida que passam através do mamilo. Os alvéolos e os ductos estão rodeados por tecido de sustentação e por gordura. São estes que dão forma à mama e fazem a maior parte da diferença entre uma mama grande e uma pequena. Tanto as mamas grandes como as pequenas contêm a mesma quantidade de tecido glandular e ambas podem produzir grande quantidade de leite (Levy e Bértolo, 2012).

Numa mama em repouso funcional os ácinos são praticamente inexistentes. Durante a gravidez os ácinos desenvolvem-se e multiplicam-se, produzindo geralmente um aumento do volume da glândula mamária e o início do seu desenvolvimento do ponto de vista funcional. Este desenvolvimento acentua-se mais rapidamente no puerpério imediato, de modo a entrar em pleno funcionamento, aproximadamente três dias após o parto (González, 2005).

3.1.1 - Tipos de mamilo

Existem diferentes tipos de mamilo, conforme a sua estrutura física e a sua contractilidade, que podem facilitar ou dificultar a amamentação.

Em 2002, Vinha (cit. por Pereira, 2006) classificou os mamilos da seguinte forma:

- Protuso ou normal;
- Semiprotuso ou subdesenvolvido;
- Pseudo- invertido ou malformado;
- Invertido ou umbilicado.

O mamilo protuso ou normal está saliente e bem posicionado, bastando a região aureolar estar flexível para que o mamilo se adapte perfeitamente à boca do bebê; 92% das mulheres apresenta este tipo de mamilo, (Figura 3).

O mamilo semiprotuso ou subdesenvolvido apresenta-se pouco saliente, como que incorporado na região aureolar, estando sujeito a traumas, no entanto permite a amamentação com sucesso; 7% das mulheres possuem este tipo de mamilo, (Figura 3).



Figura 3 – Mamilo protuso e mamilo semiprotuso

Fonte: Pereira, M. A. (2006). Aleitamento Materno: Importância da Correção da Pega no Sucesso da Amamentação, Resultados de um Estudo Experimental. Loures: Lusociência.

O mamilo pseudo-invertido ou malformado apresenta-se virado no sentido oposto ao mamilo normal, podendo dificultar a amamentação, pois o bebê recusa este tipo de bico por não ter condições de ser adentrado; 0,5% das mulheres possuem este tipo de mamilo, (Figura 4).

O mamilo invertido ou umbilicado, também considerado malformado, nunca fica saliente, podendo dificultar a amamentação; 0,5% das mulheres pode apresentar este tipo de mamilo, (Figura 4).

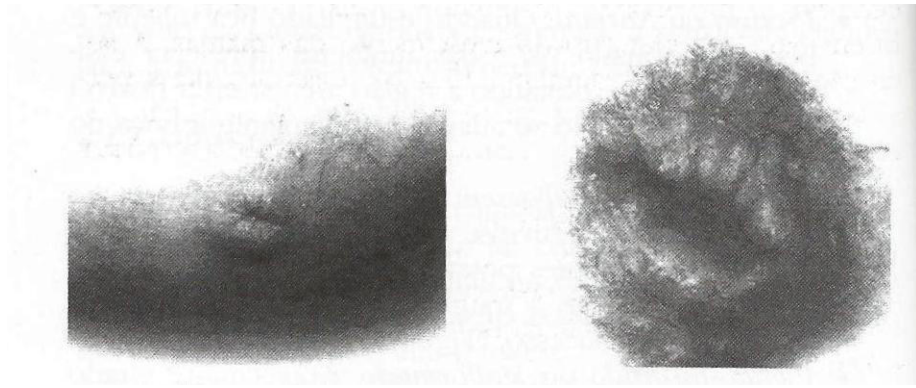


Figura 4 - Mamilo pseudo-invertido e mamilo invertido

Fonte: Pereira, M. A. (2006). Aleitamento Materno: Importância da Correção da Pega no Sucesso da Amamentação, Resultados de um Estudo Experimental. Loures: Lusociência.

3.2 - FISILOGIA DA LACTAÇÃO

A lactação é um processo complexo que depende de vários mecanismos controlados por hormonas e cuja sincronização é indispensável para que se estabeleça um fluxo adequado de leite. Sabe-se pela psicofisiologia da lactação que a amamentação é um processo psicossomático complexo, em que o leite é produzido na mama, mas sob indicações cerebrais, levando vários autores a afirmar que o leite vem da cabeça. Efectivamente se a mãe não quiser amamentar e o bebé não estimular a mama não haverá produção de leite (Pereira, 2006).

A glândula mamária é um tecido especializado e adaptado morfológico e fisiologicamente para prover alimento às crias que nascem em total estado de dependência da mãe. Essa característica nos mamíferos faz alguns pesquisadores considerarem as glândulas mamárias um órgão reprodutivo anexo, uma vez que garantem a nutrição básica para continuarem o seu desenvolvimento extra-uterino.

A reprodução e lactação são partes do mesmo processo, onde a fisiologia da lactação está relacionada com a fisiologia dos processos reprodutivos. A maior parte do processo de desenvolvimento e estruturação da glândula mamária ocorre durante a gestação. Algumas hormonas que são responsáveis pela gestação também desenvolvem a glândula mamária – mamogénese – próximo ao parto é iniciada a função excretora por parte da glândula – lactogénese – e a manutenção da lactação – galactopoiese. Estas são então as três etapas do ciclo da lactação (Lawrence e Lawrence, 2005; Centeno, 2005).

A mamogénese é o processo de desenvolvimento e crescimento mamário que se inicia na puberdade e termina por volta do segundo trimestre da gravidez (Pereira, 2006).

Na puberdade o estrogénio estimula o crescimento da glândula mamária e a deposição de gordura para dar massa às mamas. Durante a gravidez, a mama completa o seu desenvolvimento devido à grande quantidade de estrogénios e progesterona, cuja libertação é estimulada pela placenta. Os estrogénios são responsáveis pelo desenvolvimento do sistema de ductos mamários, pelo aumento da quantidade de estroma e pela deposição de gordura. O desenvolvimento dos alvéolos e a diferenciação da célula secretora são funções da progesterona (Júnior e Romualdo, 2005). Estão ainda envolvidas outras hormonas na celeridade do desenvolvimento mamário: lactogénico placentário humano (HLP), prolactina e a gonadotrofina coriónica. Ao quinto mês de gestação a mama está completamente desenvolvida e já existe leite nas mamas, devido à alta concentração sanguínea de prolactina, responsável pela secreção do leite pelas células alveolares. No entanto, cabe aos estrogénios e à progesterona o papel de modular o processo da lactoejecção (Lawrence e Lawrence, 2005).

A lactogénese é o processo pelo qual se inicia a produção de leite para nutrir o recém-nascido. Começa desde a última fase da gravidez até logo após o parto, com a secreção do colostro, resultante da estimulação das células alveolares mamárias, pela HLP e pela prolactina. A quantidade de leite que é transferido para a criança depende da rapidez de síntese, secreção e da eficácia do esvaziamento (Centeno, 2005).

A regulação ou controlo da produção de leite pode ser central (endócrino) ou local (autócrino). A maioria dos mecanismos centrais têm um efeito positivo na produção de leite, visando a diferenciação e funcionamento da glândula, ao contrário dos mecanismos locais nos quais predomina o efeito negativo ou inibitório, com o objectivo de ajustar a produção de leite de acordo com a procura do lactente (Centeno, 2005).

Após o nascimento, a saída da placenta precipita um decréscimo repentino da concentração das hormonas progesterona e estrogénios. Assim cessam os seus efeitos inibitórios e o aumento inverso da prolactina vai promover o aumento da secreção do leite pelas células secretoras das glândulas mamárias. O leite fica armazenado principalmente nos alvéolos e pequena quantidade no sistema de ductos mamários, sendo necessário um reflexo neurogénico e hormonal que garante a ejeção do leite, conhecido por reflexo de ejeção ou reflexo da oxitocina (Júnior e Romualdo, 2005).

Quando estão instaladas as condições hormonais necessárias, a mãe começa a produzir o colostro, ainda durante a gravidez, independentemente se vai ou não amamentar o filho. Seguidamente o leite produzido irá aumentar de volume por volta das 30 a 40 horas depois do nascimento do lactente. Este aumento de volume ocorre antes da percepção de aumento ou

ingurgitamento das mamas ou outro sinal de desconforto das mães, descrito como “descida do leite” às 50-72 horas (Lawrence e Lawrence, 2005).

A galactopoiese caracteriza-se pela manutenção da produção de leite, uma vez estabelecida a lactação. Apesar de estar presente uma pequena concentração de prolactina, o grande interveniente desta fase é o estímulo da sucção que é dado à mama através da sucção do bebé. Nesta altura é feito o controlo autócrino da produção do leite, que actua de acordo com o número de mamadas, de uma boa pega e sucção eficaz e do esvaziamento completo das mamas. Este mecanismo é regulado pelo estímulo da sucção, que se transmite, pelas terminações sensitivas do mamilo e da aréola, desencadeando o reflexo neuroendócrino essencial à manutenção da lactação (Lawrence e Lawrence, 2005).

3.2.1 - Mecanismo de produção e ejeção de leite

Depois do parto, o sistema nervoso materno produz duas hormonas importantes na promoção de dois reflexos mamários essenciais à lactação: a prolactina que actua na produção de leite, e a ocitocina que actua na ejeção do leite.

Quando o bebé mama estimula as terminações nervosas do mamilo as quais activam o sistema nervoso e o eixo hipotálamo-hipofisário. O estímulo alcança a parte anterior da hipófise na base do cérebro levando à produção de prolactina. A prolactina vai através do sangue para a mama fazendo com que as células secretoras produzam leite. É chamado o reflexo da produção ou reflexo da prolactina, como mostra a figura 5 (Levy e Bértolo, 2012).

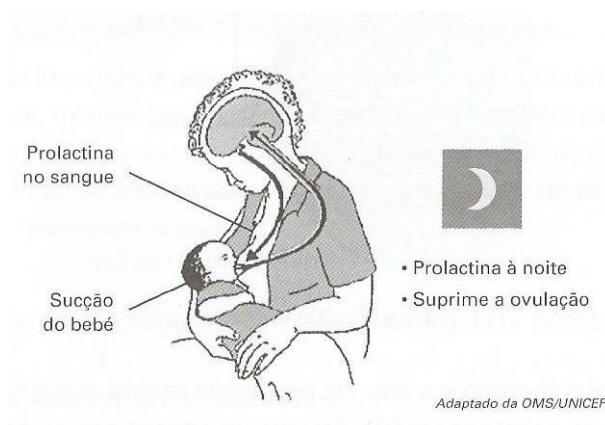


Figura 5 - Reflexo da prolactina

Fonte: Levy, L. e Bértolo, H. (2012). Manual de Aleitamento Materno.

Comité Português para a UNICEF. Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés.

A prolactina tem uma secreção basal que respeita o ritmo circadiano com um incremento no período noturno, e outra dependente da libertação por pulsos variáveis no número e duração ao longo do dia (Lawrence e Lawrence, 2005). Assim sendo, mais prolactina é produzida à noite; portanto torna-se indispensável amamentar durante a noite para manter a produção de leite. A prolactina faz com que a mãe se sinta relaxada e algumas vezes sonolenta, contribuindo para que descanse bem mesmo amamentando durante a noite. A maior parte da prolactina permanece no sangue cerca de 30 minutos após a mamada, fazendo com que a mama produza leite para a mamada seguinte. Logo, quanto mais o bebé suga, mais leite é produzido (Levy e Bértolo, 2012). Caso a criança não seja colocada a mamar após o nascimento ou a mãe não receba a orientação adequada para amamentar, haverá deficiência dessa hormona, comprometendo, assim, o sucesso da amamentação (Lawrence e Lawrence, 2005).

A secreção de leite, em média, aumenta de 50 mililitros no segundo dia do pós-parto para 500 mililitros ao quarto dia. O volume de leite produzido na lactação já estabelecida varia de acordo com a procura da criança. Em média é de 850 ml/dia quando a amamentação é exclusiva (Molina, 2004).

O mesmo estímulo neurosensorial da sucção do bebé ao atingir a parte posterior da hipófise, na base do cérebro, segrega uma hormona chamada ocitocina. Esta ao chegar à mama, através da corrente sanguínea, produz a contracção das células musculares, ou células mioepiteliais, em torno dos alvéolos. Deste modo o leite colectado nos alvéolos flui através dos ductos até ao mamilo. Chama-se a isto reflexo da ocitocina ou reflexo da ejeção como mostra a figura 6 (Levy e Bértolo, 2012). Este processo ocorre após cerca de um minuto desde que o bebé começou a sugar, porém nas mulheres primíparas pode levar de 3 a 5 minutos (Júnior e Romualdo, 2005).



Figura 6 – Reflexo da ocitocina

Fonte: Levy, L. e Bértolo, H. (2012). Manual de Aleitamento Materno.

Comité Português para a UNICEF. Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés.

A ocitocina pode começar a actuar antes da sucção do bebé, quando a mãe está a preparar-se para amamentar ou mesmo até perante uma resposta emocional agradável da mãe ao ver a criança. Sendo esta hormona mais rapidamente produzida do que a prolactina vai permitir que o leite que já está na mama flua para esta mamada. Se o reflexo de ocitocina não funciona bem, por exemplo quando há uma má adaptação da boca do bebé à mama, originando uma má técnica de mamada, que condiciona uma sucção ineficaz, ou sentimentos desagradáveis por parte da mãe, o bebé pode ter dificuldade em receber leite. Pode ter-se a impressão que as mamas deixaram de produzir leite, mas de facto a produção pode continuar mas o leite não flui (Levy e Bértolo, 2012).

A libertação de ocitocina tem uma relação especial com o stress (Lawrence e Lawrence, 2005; Levy e Bértolo, 2012).

O reflexo de saída do leite responde a sentimentos agradáveis como a mãe sentir-se contente com o seu bebé, ter prazer com o bebé, tocá-lo, olhar ou mesmo ouvir o bebé chorar. Factores de ordem emocional como a confiança na sua capacidade de amamentar e a convicção de que o seu leite é o melhor para o bebé, também são importantes para ajudar o leite a fluir. Por outro lado, sentimentos desagradáveis como a dor, o desconforto, o stress, a ansiedade, a preocupação e a falta de confiança se tem leite para o seu bebé, podem bloquear o reflexo e parar o fluxo de leite. Para que o reflexo de ocitocina possa funcionar é necessário ter empatia para com os sentimentos da mãe, fazê-la sentir-se bem e aumentar a sua confiança e a sua capacidade de amamentar o bebé; manter o bebé sempre junto a si, para que possa olhar para ele, tocá-lo e perceber as suas necessidades (Levy e Bértolo, 2012).

A produção de leite materno é também controlada por uma hormona local, conhecida por FIL (feedback inhibitor of lactation), a que se chama “factor inibidor da lactação” e que é responsável pelo controlo autócrino da glândula mamária (González, 2005). Se o bebé mama muito, extrai o inibidor e a mama produz muito leite; se muito leite é deixado na mama, o factor inibidor faz com que as células deixem de produzir leite; se o bebé mama mais de uma mama, essa mama produz mais leite e torna-se maior que a outra. A velocidade de produção de leite é directamente proporcional à quantidade de leite extraído na mamada anterior, e adapta-se perfeitamente às necessidades do bebé, de uma mamada para a seguinte, e separadamente para cada uma das mamas.

3.2.2 - Condicionantes do atraso na lactogénese

É sabido que o atraso da lactogénese aumenta o risco de abandono precoce da amamentação. Levaram-se a cabo alguns estudos para conhecer os factores que condicionam esse atraso.

A causa mais frequente desse atraso é o stress e a ansiedade da mãe e do bebé durante o parto e no pós-parto. O nível de stress foi confirmado tanto por determinação do cortisol na saliva da mãe antes, durante e depois do parto, como por níveis de glicemia no sangue do cordão ou questionários de valorização da ansiedade durante o parto. Os grupos de maior risco de stress são as mães primíparas (sobretudo se têm filhos grandes), os partos prolongados, extenuantes ou com manobras dolorosas, as mães que ficam muitas horas sem dormir antes do parto e, também as que necessitam de cesariana urgente por sofrimento fetal (Maldonado et al., 2004; Lawrence e Lawrence, 2005).

Na mãe a ansiedade bloqueia o reflexo da ocitocina que limita o esvaziamento alveolar e a eliminação dos factores de inibição locais. Mas o stress também afecta o recém-nascido, tanto pelo sofrimento fetal como pelas medicações dadas á mãe, alterando as suas reacções de alerta, a adaptação ao peito apresentando uma sucção mais débil. Por sua vez esta sucção débil converte-se num motivo de stress para a mãe, transformando-se num ciclo vicioso que termina por vezes no abandono completo da amamentação (Lawrence e Lawrence, 2005).

Outros factores que também contribuem para a sucção pouco eficaz do recém-nascido são: a prematuridade, o baixo peso à nascença, os mamilos planos ou invertidos, a administração de líquidos suplementares ou de leite artificial e o uso de chupeta e biberão (Maldonado et al., 2004; González, 2005).

Nas mães diabéticas insulino dependentes é habitual um atraso na produção de leite entre quinze a vinte e oito horas, em relação às mães saudáveis. Neste caso o atraso deve-se à dificuldade na utilização de glicose na síntese de lactose, o que possivelmente também tem influência nas mães obesas ou com excesso de peso. A permanência de pequenos fragmentos da placenta ou quistos produtores de progesterona, que mantêm os níveis elevados desta hormona, também prejudicam a amamentação, todavia esta é uma situação pouco frequente (Lawrence e Lawrence, 2005).

No estudo de Costa (2006) o nível educacional superior materno foi factor de risco para o atraso na lactogénese II. As mães com escolaridade superior tinham menor frequência de mamadas ($p= 0,005$) e maior intervalo entre as mamadas ($p= 0,027$) que as mães com escolaridade mais baixa.

A identificação destes grupos de risco permite estabelecer programas de ajuda a estas mães até que a lactogénese se estabeleça por completo (Maldonado et al., 2004).

4 - ASPECTOS RELEVANTES NA AMAMENTAÇÃO

Existem factores determinantes no sucesso do aleitamento materno. No entanto, não se encontra na literatura uma definição unânime sobre os factores considerados necessários para o sucesso do aleitamento, nem sobre o conceito e os critérios para medir esse sucesso. Estes diferem do ponto de vista e dos factores que o investigador está a analisar. Enquanto nos artigos médicos a ênfase se encontra nos factores pré e pós natais maternos e na saúde da criança, ou na duração da manutenção do aleitamento, os artigos não científicos valorizam a relação mãe-filho e a habilidade da mãe na orientação do aleitamento materno dentro do contexto familiar (Pereira, 2006).

Tal como referem Levy e Bértolo (2012), o sucesso do aleitamento materno pode ser definido por “uma amamentação mais prolongada”, em que o aleitamento materno exclusivo, ou seja, sem que seja oferecido ao bebé mais nenhum alimento, é de 6 meses. Existe hoje este consenso entre os pediatras, no entanto, é ainda preciso que o bebé tenha um bom estado nutricional e um bom desenvolvimento psicomotor. O sucesso do aleitamento materno passa ainda por uma boa interacção entre a mãe e o bebé durante a mamada, em que ambos emitem sinais um ao outro, que sendo descodificados, dão origem a comportamentos de resposta contingentes e adequados, conduzindo a uma adaptação mútua cada vez mais rica e complexa. Num aleitamento materno com sucesso verifica-se habitualmente um equilíbrio na transferência de leite entre a mãe e o filho, relativamente à quantidade que a mãe produz e à quantidade de leite que o bebé obtém. Para isso é particularmente importante a actuação do bebé, na regulação da quantidade de leite que ingere, na duração da mamada e na produção do leite pela mãe. Mas, o sucesso do aleitamento materno passa também pelo projecto materno relativamente à sua prática e ao tempo de duração, de acordo com as suas expectativas. Dentro deste contexto a intervenção dos profissionais de saúde tem especial relevância na promoção da prática do aleitamento materno. Para que haja sucesso na amamentação devem conjugar-se os factores: a decisão de amamentar, o estabelecimento da lactação e o suporte da amamentação (Levy e Bértolo, 2012).

É razoável pensar que o tempo em que decorre a gravidez é um momento adequado para informar as mães sobre as vantagens do aleitamento materno (tal vai permitir uma decisão fundamentada sobre o tipo de alimentação que a mãe quer para o seu filho) e instruí-las sobre como levar a cabo com êxito, se decidem amamentar. No entanto, muitas mães tomam essa

decisão antes de engravidar, influenciadas sobretudo pelo meio envolvente e pela experiência pessoal (Maldonado et al., 2004).

A decisão de amamentar é uma decisão pessoal, sujeita a muitas influências, resultantes da socialização de cada mulher. A decisão de muitas mulheres passa pela experiência e transmissão de saberes e práticas familiares, proporcionado pelas famílias alargadas onde as mulheres cresceram num ambiente em que o aleitamento materno era praticado de maneira natural. Uma experiência prévia de sucesso com um ou mais filhos também se reflecte positivamente na decisão de amamentar o futuro bebé (Levy e Bértolo, 2012). No estudo de Vieira, Martins, Vieira, Oliveira e Silva (2010) a falta de experiência prévia com amamentação associou-se a um risco de 24% maior de interromper o aleitamento materno exclusivo no primeiro mês de lactação. No entanto, a experiência prévia não garante a amamentação subsequente, já que cada nascimento ocorre em diferentes contextos. Segundo Levy e Bértolo (2012), outras mães decidem amamentar porque valorizam positivamente as consequências do aleitamento materno, podendo ser ou não influenciadas pelo seu companheiro, amigas, mãe ou profissionais de saúde. A percepção que a mãe tem do seu próprio controlo da prática do aleitamento materno torna-se especialmente importante, traduzindo-se por uma maior confiança nas suas capacidades de amamentar o seu filho. Por sua vez a mãe que não quer ou não pode amamentar não pode nem deve ser culpabilizada; nestes casos devem proporcionar-se os conselhos adequados à prática de uma alimentação com leites artificiais.

Uma gestação planeada ou desejada parece ser um pré-requisito importante para o sucesso do aleitamento materno. As futuras mães devem ser informadas e aconselhadas quanto à prática, à técnica e às vantagens do aleitamento materno. Alguns autores sugerem que a frequência de aulas de preparação para o parto durante a gestação deverá fazer parte da preparação da futura mãe, no sentido de a familiarizar com os procedimentos do trabalho de parto e do parto, bem como da amamentação (Levy e Bértolo, 2012). Está demonstrado que a educação durante a gravidez sobre aspectos teóricos e práticos do aleitamento materno, tanto em grupo como individual, melhora os índices de aleitamento no hospital e nos primeiros meses, especialmente nas primíparas (Maldonado et al., 2004).

No estabelecimento da lactação são decisivas as práticas hospitalares ligadas ao trabalho de parto, parto e pós-parto para um aleitamento materno com sucesso. Poucas experiências humanas alcançam os níveis de stress, ansiedade, dor e tumulto emocional ocorridos durante um parto e no pós-parto imediato, por isso acontecimentos, interacções e intervenções ocorridos durante este período podem ter consequências duradouras em termos emocionais e comportamentais. Desta forma acontecimentos ligados às práticas hospitalares durante o

parto, no período do pós-parto imediato, durante a estada da mãe e do bebê no hospital podem influenciar positiva ou negativamente o estabelecimento da lactação e a duração do aleitamento materno (Levy e Bértolo, 2012).

A OMS (1992) recomenda o contacto precoce entre mãe-filho na primeira meia hora de vida, por este favorecer a vinculação e a amamentação. Os profissionais de saúde que cuidam de mães e bebês no momento do parto, na sua actuação devem ter presente a importância destes conhecimentos e actuar em conformidade. A amamentação deve ser iniciada tão cedo quanto possível, de preferência na primeira hora após o parto (Giugliani, 2000). Alguns estudos demonstraram que o recém-nascido colocado no abdómen da mãe começa a fazer movimentos à procura da mama cerca de 20 minutos depois do parto, e antes dos 50 minutos a maioria dos recém-nascidos está a mamar. Mesmo que isso não aconteça, o simples contacto pele a pele imediatamente após o nascimento está associado com maior duração da amamentação (Maldonado et al. 2004). Além disso o contacto precoce com a mãe proporciona melhor interacção mãe-bebé, melhor controlo da temperatura do recém-nascido, níveis mais altos de glicose e menos choro do recém-nascido (Giugliani, 2000). A sucção precoce da mama pode também reduzir o risco de hemorragia pós-parto ao libertar ocitocina, e de icterícia neonatal pois aumenta a motilidade gastrointestinal (Maldonado et al., 2004). Praticar o alojamento conjunto, ou seja, permitir que a mãe e o filho permaneçam juntos 24 horas por dia durante a estada no hospital, também favorece a amamentação. Este ajuda a mãe a conhecer mais rápido o seu filho e a reconhecer o seu choro, o que permite responder sempre a qualquer sinal de fome do bebé, facilitando a amamentação em livre demanda, isto é, em regime livre (Levy e Bértolo, 2012). As mães dos recém-nascidos normais (incluindo os nascidos por cesariana) que estão a amamentar não devem ter nenhuma restrição quanto à duração da mamada nem ao número de mamadas. Devem ser aconselhadas a amamentar os seus filhos sempre que tenham fome ou quando o bebé queira. Os padrões alimentares dos bebês variam muito, podendo ser muito irregulares, particularmente no período neonatal imediato. Durante os primeiros dias pós parto, está recomendado não administrar água, soro glicosado ou leite artificial a lactentes que estão a ser amamentados, a menos que indicado pelo médico. A administração destes suplementos diminui o número de mamadas e, portanto, prejudicial para o êxito da amamentação (Maldonado et al., 2004). Tal como refere o passo 9 da IHAB “não dar tetinas ou chupetas às crianças amamentadas”. Esses hábitos estão bastante difundidos e fazem parte da cultura do nosso povo, mas, o seu uso confirma que esse hábito tem relação com o desmame precoce. O mamilo materno e o bico da tetina são diferentes não só quanto à forma, mas também quanto à textura, consistência, elasticidade e cheiro. Isto pode levar à “disfunção motora-oral”, ou seja, às dificuldades do bebé em fazer uma “pega” correta

da mama e na extracção de leite, depois de receber alimento com diferentes bicos. Desta forma o bebé pode recusar o peito interferindo negativamente com o sucesso da amamentação. Além disso as crianças que fazem uso do biberão ou da chupeta geralmente vão à mama com menor frequência, o que pode interferir na produção de leite, interferindo com o aleitamento materno exclusivo e posteriormente associado a menor duração do aleitamento materno (Carvalho, 2005).

O suporte da amamentação depois da alta da maternidade é especialmente importante, sendo determinantes os primeiros quinze dias de vida do bebé até que a lactação esteja bem estabelecida. Durante este período de tempo, o apoio da família, em especial o apoio do pai da criança é fundamental para o sucesso do aleitamento (Pereira, 2006). A mãe deverá ser ajudada por alguém que a substitua nas tarefas caseiras, a fim de poder dedicar-se plenamente ao seu bebé, ter um ambiente calmo e caloroso, e uma alimentação simples e cuidada. O apoio de profissionais de saúde competentes e disponíveis no centro de saúde, através de consulta telefónica ou mesmo visita domiciliária, se necessárias, e algumas regras elementares sobre a prática do aleitamento materno serão uma ajuda preciosa para o seu sucesso (Levy e Bértolo, 2012).

Em conclusão são considerados factores desfavoráveis à amamentação (Maldonado et al., 2004; Aguilar Cordero, 2004): ser mãe adolescente ou factor de risco psicossocial, o trabalho materno, ofertas de substitutos de leite materno, práticas hospitalares erradas, falta de experiência na amamentação, falta de vigilância pré-natal, etnia cigana, recém-nascido do sexo masculino, vivência desfavorável do parto, parto por cesariana, introdução de biberões e chupetas, doenças maternas e neonatais, prematuridade, baixo peso ao nascer.

5- TÉCNICA DA AMAMENTAÇÃO

Actualmente sabe-se que a utilização de uma técnica correcta de amamentar favorece a amamentação. Esta requer posicionamento adequado da dupla mãe/bebé e pega/sucção efectiva do bebé (Morton, 1992; Pereira, 2006). No entanto esta técnica tem de ser aprendida, não é meramente instintiva. Ou seja, a mãe tem de aprender como segurar a sua mama e posicionar o bebé, e este tem de aprender como pegar na mama para ter uma sucção eficaz (Levy e Bértolo, 2012).

O êxito do aleitamento materno depende muito de uma técnica correcta de amamentação, uma vez que elevada percentagem de problemas precoces surgem por erros ao colocar o bebé à mama. Com o decorrer do tempo, a maioria das mães aprendem e tornam-se verdadeiras peritas em amamentação, de forma que os bebés possam mamar em diferentes posições e circunstâncias. No entanto, as primeiras mamadas são difíceis, levando muitas mães a necessitar da ajuda dos profissionais de saúde (Molina, 2004b).

A mãe deve amamentar num lugar tranquilo, sem muito ruído e não excessivamente iluminado. Convém que adopte uma postura confortável, pois passará muitas horas do dia a amamentar o seu bebé. Quanto ao bebé deve ser colocado à mama quando está tranquilo e não esperar que esteja a chorar de fome (Molina, 2004b). Relativamente ao posicionamento é consenso da literatura que podem ser adoptadas várias posições para amamentar: posição de sentada (forma tradicional); posição de sentada inversa (em bola de rãguebi); posição de deitada; posição especial para gémeos, entre outras. Mas, tal como refere Sanches (2005) é a mãe junto de seu filho que deve definir qual a melhor posição para amamentar, de forma que ambos se sintam confortáveis e sejam facilitados os reflexos orais do bebé e para que este abocanhe a porção adequada da mama, ou seja, faça uma pega correcta. Assim, o bebé bem apoiado pode remover o leite efectivamente, deglutir e respirar livremente.

Existem três reflexos inatos no bebé e que estão relacionados com a amamentação: o reflexo de busca e apreensão, o de sucção e o de deglutição (Figura 7). Quando alguma coisa toca nos lábios ou nas bochechas do bebé, ele abre a boca, põe a língua para baixo e para fora e pode virar a cabeça à procura daquilo que lhe tocou. Este é o reflexo de busca e apreensão. Quando algo toca o palato do bebé ele começa a sugar e quando a sua boca se enche de leite deglute. Estes reflexos acontecem automaticamente, no entanto a mãe e o bebé têm que aprender algumas coisas para o sucesso na amamentação (Levy e Bértolo, 2012).

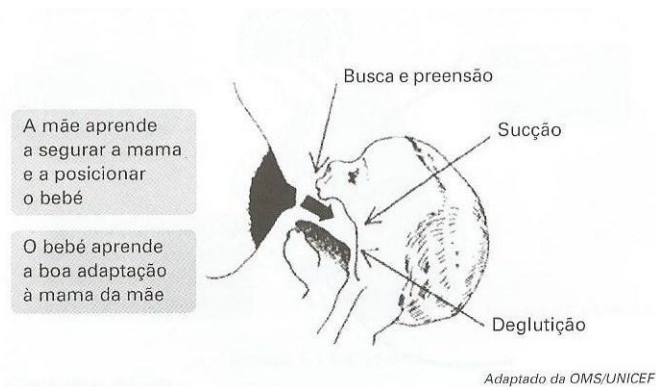


Figura 7 – Reflexos do bebê

Fonte: Levy, L. e Bértolo, H. (2012). Manual de Aleitamento Materno.

Comité Português para a UNICEF. Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés.

O bebê deve ser colocado a mamar com a cabeça e corpo alinhados, com a cara de frente para a mama e o nariz de frente para o mamilo, com o corpo virado para a mãe bem junto a ela (barriga com barriga) e esta apoiando as nádegas, como mostra a figura 8 (OMS/UNICEF, 1993).

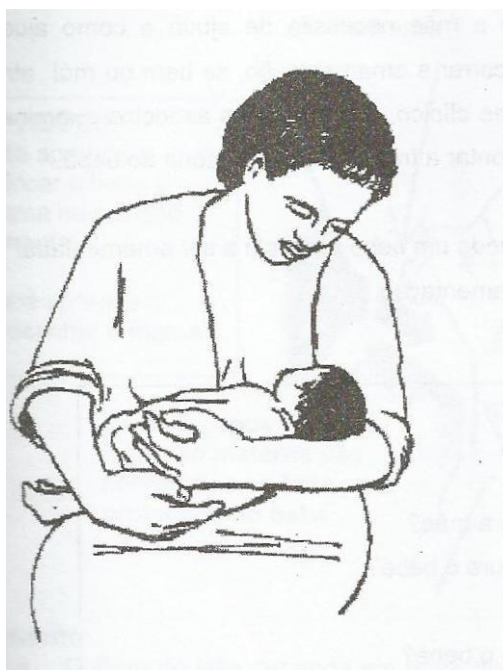


Figura 8 – Posição para amamentar

Fonte: OMS/UNICEF (1993). Aconselhamento em amamentação: Um curso de treino.

Manual do participante

Esta posição deve ser mantida, quer a mãe esteja sentada ou deitada. A mãe deve segurar a mama com o dedo indicador abaixo e o polegar na parte de cima da mama, sem estar demasiado perto do mamilo. Quando aproxima o bebê da mama deve fazê-lo por debaixo do mamilo, que ao tocar no lábio inferior desencadeia o reflexo de procura (rotação)

e promove uma ampla abertura da boca, ficando o mamilo posicionado no palato do bebê, estimulando o reflexo de sucção. A boca do bebê deve apanhar a maior parte da aréola, aproximadamente dois centímetros (Carvalho, 2005), e dos tecidos que estão sob ela, incluindo os canais galactóforos, o que ajuda a expressão do leite (Levy e Bértolo, 2012). O lábio superior tem um papel importante na pega, pois promove o fechamento activo da boca, como que um tampão, impedindo que o bebê engula ar. O lábio tem de estar “esticado” para promover uma completa obliteração periférica e uma perfeita abertura das coanas nasais, impedindo que a respiração nasal fique obstruída durante a mamada. A apreensão do mamilo e parte da aréola é realizado através dos movimentos da língua e da mandíbula e ajudada por uma leve pressão negativa intrabucal, promovendo o estiramento do tecido para formar um longo bico e possibilitar uma boa pega – figura 9-A (Carvalho, 2005).

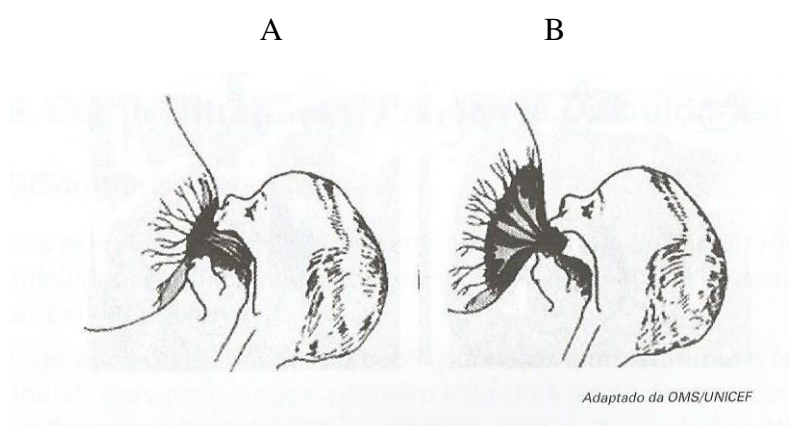


Figura 9 - Adaptação entre mãe e bebê (pega)

Fonte:Levy, L. e Bértolo, H. (2012). Manual de Aleitamento Materno.
Comité Português para a UNICEF. Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés.

A língua apoia-se na gengiva inferior e eleva-se completando o tampão de ar, e curva-se ao redor do mamilo criando um canal central. Quando o leite começa a fluir o maxilar inferior movimenta-se para cima e para baixo ajudando a comprimir os seios lactíferos. Os movimentos peristálticos da língua, da ponta para a base, ordenham os ductos lactíferos da mama, facilitando a ejeção do leite. A elevação da língua leva o leite até à orofaringe, estimulando o reflexo da deglutição (Molina,2004b). Nos primeiros dois/três segundos, o bebê suga com frequência mais rápida, enquanto não ocorre o reflexo da ocitocina. Quando este ocorre, o fluxo de leite aumenta e ele começa a sugar mais lenta e profundamente. Este ritmo varia ainda de bebê para bebê. A mãe deve ouvir o bebê a deglutir e observar os movimentos vigorosos das mandíbulas (Pereira, 2004).

Quando o bebê está bem adaptado à mama da mãe, ou seja, com boa pega, figura 10 - A (Levy e Bértolo, 2012):

- O queixo do bebê toca a mama.
- A boca do bebê está bem aberta.
- O seu lábio inferior está virado para fora.
- Pode-se ver mais aréola acima do que abaixo da boca do bebê.
- Isto mostra que o bebê está a atingir os canais galactóforos com a sua língua, o que ajuda a expressão do leite.

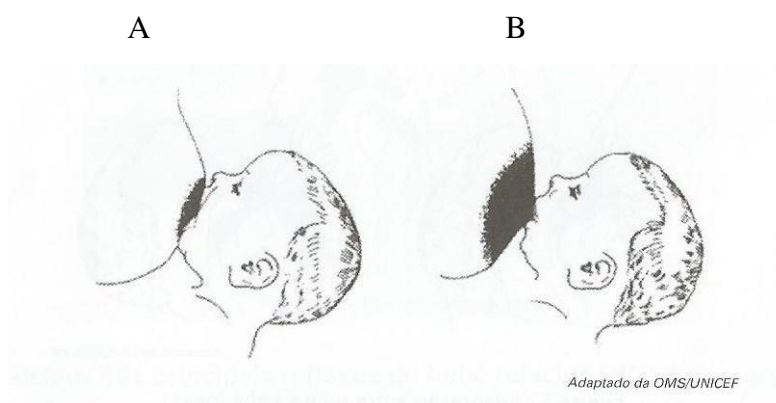


Figura 10 – Adaptação entre mãe e bebê. Boa pega (A) e má pega (B)

Fonte: Levy, L. e Bértolo, H. (2012). Manual de Aleitamento Materno.

Comité Português para a UNICEF. Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés.

Quando o bebê não está bem adaptado à mama da mãe, figura 10 - B (má pega):

- O queixo do bebê não toca na mama.
- A boca do bebê não está bem aberta.
- O seu lábio inferior não está virado para fora.
- Pode-se ver a mesma quantidade de aréola acima e abaixo da boca do bebê.
- Isto mostra que o bebê não está a atingir os canais galactóforos com a sua língua, o que dificulta a expressão do leite.

5.1 - IMPORTÂNCIA DA TÉCNICA DE AMAMENTAÇÃO

O fundamental para a amamentação são a posição da dupla mãe/bebê e a pega/sucção do bebê. Se os lábios e a língua estiverem bem, o bebê irá mamar bem em qualquer posição, no entanto há posturas corporais que dificultam a amamentação. É possível encontrar alguns

recém-nascidos (e lactentes maiores) que mamam sem problemas em posturas inverosímeis, não necessitando de intervenção se não houver problemas reais com a amamentação. Mas, o bebé mama melhor se estiver bem junto da mãe, barriga com barriga, com a cabeça e corpo alinhados, de modo a que não precise de dobrar, esticar, girar nem virar o pescoço para mamar. Em qualquer destes casos, não só sente incómodo, como lhe custa chegar à mama, o que dificulta o posicionamento correto da boca em relação ao mamilo e aréola, e, como tal, é provável que agarre só o mamilo, resultando no que se denomina de má pega (González, 2005).

A pega incorrecta, por sua vez, interfere na dinâmica da sucção e extracção do leite, podendo dificultar o esvaziamento da mama e como consequência a diminuição da produção de leite, contribuindo, assim, para o desmame precoce (Morton, 1992). No estudo de Pereira (2006) a correcção da pega revelou-se um factor importante no sucesso do aleitamento materno exclusivo. Os bebés do grupo de pega corrigida mamaram em exclusivo aproximadamente três vezes mais tempo do que os bebés do grupo de pega incorrecta. O mesmo estudo revela ainda que a correcção da pega também aumenta a percentagem de mães a amamentar de forma complementada.

A má pega pode também provocar fissuras nos mamilos e, conseqüentemente dor e desconforto na mãe, dificultando inclusive a continuidade do aleitamento, caso não seja devidamente corrigida. Quando o bebé não está correctamente colocado na mama não consegue apertar a mama com a língua e tenta obter leite formando vácuo, um método pouco eficaz que exige mais força para obter menos leite. As bochechas afundam-se, como ao tomar um refresco com uma palhinha (na pega correcta as bochechas não se afundam, pelo contrário, ficam salientes ao mamar). Ao fazer mais força sobre menos superfície, a pressão aumenta, provocando dor e fissuras no mamilo. Além disso a língua comprime o mamilo contra o palato duro traumatizando-o (González, 2005). Estudos ultra-sonográficos mostram que, quando o bebé tem pega correcta, o mamilo fica posicionado na parte posterior do palato, protegido da fricção e compressão, prevenindo traumas nos mamilos (Woolridge, 1986).

Como consequência de uma sucção não eficaz, o bebé mama durante muito tempo, e não solta a mama por si mesmo, acabando a mãe por lhe retirar a mama da boca. Em vez de mamar, o bebé espera que o leite lhe caia na boca, que goteje espontaneamente sob efeito da ocitocina. O bebé engole ar e faz barulho ao mamar; não se mostra satisfeito, voltando a pedir a mama pouco tempo depois, acabando por fazer mamadas frequentes ou mamar sem interrupção durante horas (González, 2005).

Por conseguinte o bebé acaba por ingerir uma grande quantidade de leite inicial, pobre em calorias, mas com mais proteínas e mais lactose, e não consegue obter o leite final, rico

em gorduras. As mamas da mãe reagem a esta situação, produzindo mais leite inicial e a hipófise produz mais ocitocina do que é habitual. O excesso de ocitocina faz com que a mãe note uma forte “descida de leite”, por vezes de forma repetida na mesma mamada. A maior produção de leite e um esvaziamento insuficiente levam ao ingurgitamento mamário e por vezes à mastite. A sobrecarga de lactose ingerida pelo lactente pode produzir uma intolerância relativa, pois as bactérias intestinais actuam sobre a lactose não digerida, produzindo gases, dejeções diarreicas e ácidas, provocando cólicas e irritação das nádegas. O aumento de peso é variável e o bebé pode aumentar pouco ou até perder peso. Não é de estranhar que o bebé passe o dia a chorar e irrequieto e a mãe fique esgotada e deprimida, pela dor, preocupação e pela necessidade de dormir (González, 2005).

De acordo com o estudo de Weigert (2004), foram detectados vários problemas de técnica de amamentação, tanto no posicionamento mãe/bebé quanto na pega do bebé, tanto na maternidade como aos 30 dias. Os itens mais desfavoráveis, nomeadamente cabeça e tronco do bebé não alinhados e pega não assimétrica, ocorreram em quase a totalidade da amostra na maternidade e em aproximadamente 90% aos 30 dias. Este estudo não encontrou associação entre a qualidade da técnica de amamentação na maternidade e o aleitamento materno exclusivo, no entanto, houve associação significativa no final do primeiro mês. As frequências de aleitamento materno exclusivo aos 7 e aos 30 dias foram, respectivamente, 81,5% e 55,9%. A incidência de lesões do mamilo na maternidade foi de 43,6%.

Tudo isto leva a pensar que a amamentação não está a correr bem, e há que ajudar a mãe a conseguir uma pega mais adequada.

6 - DIFICULDADES INICIAIS COM A AMAMENTAÇÃO

Nas primeiras semanas de amamentação podem surgir algumas dificuldades, principalmente nas mães menos informadas e que estão a amamentar pela primeira vez, que requerem alguns cuidados para serem ultrapassadas. Os problemas comuns da mama e que podem causar pequenas dificuldades precoces com a amamentação são (OMS/ UNICEF, 1993; Levy e Bértolo, 2010):

- Mamilos dolorosos e/ou com fissuras (gretados);
- Ingurgitamento mamário;
- Bloqueio dos ductos e mastite;
- Mamilos planos e invertidos.

Os problemas precoces estão relacionados, principalmente, à amamentação em posição que dificulta a pega adequada e pode causar traumas dos mamilos, mamadas pouco eficientes e o não esvaziamento completo da mama, com consequências negativas para a produção de leite. Estes problemas com a mama podem dificultar o início da amamentação e aparecem com destaque entre os factores de desmame precoce.

Num estudo efectuado por Castro, Garcia, Souto, Bustorff, Rigão e Braga (2009) para averiguar as “intercorrências mamárias relacionadas à lactação” numa amostra de 145 puerperas, as dificuldades que incidiram com maior frequência foram o ingurgitamento mamário (28,3%), fissuras dos mamilos (7,6%) e mastite (2,8%). No estudo de Pacheco (2005) os problemas encontrados foram as fissuras mamárias (22,3%), o ingurgitamento mamário (3,3%) e infecções mamárias (1,9%). Foram apontadas como causas a má técnica da amamentação e cuidados inadequados, reforçando as orientações adequadas às mães para a sua prevenção.

Alguns factores críticos associados às dificuldades iniciais no estabelecimento da lactação e desmame precoce podem estar relacionados com a mãe, com o recém-nascido ou com o binómio mãe-filho. Em relação à mãe são considerados a idade, a escolaridade, a orientação e experiência anterior sobre amamentação; em relação ao recém-nascido, a idade, a força da sucção e o seu comportamento durante a mamada assumem papel relevante; quanto à dupla mãe-filho são referidas as condições do posicionamento e da pega e ainda as práticas hospitalares, incluindo o tipo de parto, amamentação na primeira hora de vida, alojamento conjunto, introdução do biberão e leites de fórmula e orientação dos profissionais de saúde (Sanches, 2005).

6.1 - MAMILOS DOLOROSOS E/OU COM FISSURAS

A amamentação é, sem dúvida, uma das maravilhas da natureza, no entanto muitas mães ficam frustradas pela dor provocada por mamilos dolorosos e/ou com fissuras. A dor no mamilo pode existir, por vezes, sem lesões visíveis macroscopicamente, sendo denominados mamilos dolorosos. Entre 80 e 90% das mulheres que amamentam experimentam algum tipo de dor no mamilo, sendo que 26% progridem para fissuras com mamilos extremamente dolorosos (Martin,2000). No estudo de Shimoda, Silva e Santos (2005) a frequência de lesão do mamilo é de 57,51%. Alflen (2006) define fissura do mamilo como uma solução de continuidade, tipo fenda, com comprometimento da epiderme ou da derme, localizando-se na junção mamilo-aréola e/ou na superfície do mamilo. Para Giugliani (2004) a lesão dos mamilos inclui eritema, edema, fissuras, bolhas, “marcas” brancas, amarelas ou escuras e equimoses. A figura 11 mostra lesões a nível do mamilo.

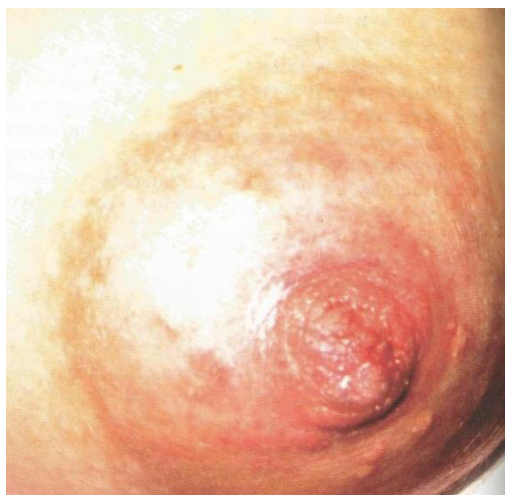


Figura 11 – Fissuras no mamilo

Fonte: Adaptada de Pereira, M. A. (2006). Aleitamento materno – Importância da correção da pega no sucesso da amamentação – Resultados de um estudo experimental.

Em algumas mulheres existe uma certa dor fisiológica transitória nos primeiros dias, que geralmente se deve à aplicação de uma maior pressão negativa gerada sobre ductos pouco preenchidos. Estes não contêm volume significativo de leite e a deglutição é menos frequente que a sucção, pelo que a duração da pressão negativa pode ser maior e causar mais dor ou apenas desconforto. Uma vez descartada outra possível causa de dor, devem ser dadas algumas recomendações à mãe, como garantir-lhe que é uma situação que não vai durar muito tempo e usar diferentes posições para alterar os pontos de maior pressão (Martin, 2000).

De qualquer modo, a principal causa de dor e lesão nos mamilos é uma má adaptação do bebé à mama materna, ou seja, o posicionamento e a pega incorrectos do bebé enquanto mama (González, 2005; Levy e Bértolo, 2012).

A amamentação torna-se muito dolorosa, podendo levar a mãe a amamentar durante menos tempo e/ou com menor frequência. Segundo o estudo de Vieira, Martins, Vieira, Oliveira e Silva (2010), a presença de fissuras associa-se a um risco 25% maior de interromper o aleitamento materno exclusivo no primeiro mês de lactação. Como a criança suga só no mamilo não consegue retirar leite suficiente, ficando insatisfeita e frustrada; por sua vez como o leite não é retirado com eficácia poderá levar à diminuição da produção de leite (Levy e Bértolo, 2012). Caso não se intervenha, ou há uma resolução espontânea (mãe e filho vão aprendendo, por tentativa e erro, a encontrar a posição e pega correctas, o que se torna mais fácil à medida que o bebé cresce e a sua boca se torna maior), ou há mesmo desmame precoce pela dor intensa. A dor provocada pelas fissuras é maior quando o bebé começa a mamar, diminui ao longo da mamada e quase desaparece quando o bebé deixa a mama (González, 2005).

Habitualmente as fissuras são bilaterais, e só ocasionalmente unilaterais, talvez porque a mãe consegue uma melhor posição quando segura no bebé com o seu braço dominante. As fissuras costumam surgir durante os primeiros dias de amamentação. É raro que apareçam após semanas ou meses de amamentação indolor, surgindo por vezes após introdução de biberões ou chupetas. Nestes casos torna-se necessário excluir outras causas de dor nos mamilos.

Para prevenir dor/fissuras nos mamilos (Levy e Bértolo, 2012):

- Colocar a criança numa posição correcta (cabeça em linha recta com o corpo, face de frente para o mamilo) e verificar sinais de boa pega (abocanhar grande parte da aréola e não apenas o mamilo);
- Lavar os mamilos unicamente uma vez ao dia, no banho, e não utilizar sabão;
- Não interromper a mamada, deve ser o bebé a deixar a mama espontaneamente;
- Se tiver de interromper a mamada, deve colocar um dedo, suavemente, no canto da boca do bebé de modo a interromper a sucção.

Para tratar mamilos dolorosos e/ou com fissuras deve ainda (Levy e Bértolo, 2012):

- Iniciar a amamentação pelo mamilo não doloroso;
- Aplicar umas gotas de leite no mamilo e aréola, após o banho e no final de cada mamada, pois facilita a cicatrização;

- Expor os mamilos ao ar e ao sol, sempre que possível, no intervalo das mamadas;
- Se a dor é tão intensa que a mãe não consegue amamentar, pode extrair o leite e dar ao bebê com copo ou colher, até que o mamilo melhore ou cicatrize.

Biancuzzo (2000) acrescenta ainda como estratégias o bebê mamar em livre demanda, evitar o uso de chupetas e tetinas para prevenir a síndrome de confusão “tetina-mamilo”, não usar cremes ou loções cosméticas no mamilo nem protectores de mamilos.

No estudo de Fonseca e Assencio-Ferreira (2004), que estudaram a relação da pressão de sucção e da pega de bebês a termo com o aparecimento de fissuras dos mamilos, verificaram que os bebês filhos de mães com fissuras apresentaram picos inferiores de pressão intra-oral mais altos, em média, do que aqueles dos bebês filhos de mães sem estas alterações. Entretanto, a qualidade da pega, avaliada pela quantidade abocanhada do conjunto mamilo-aréola na pega, não se mostrou diferente entre os grupos. Assim sendo, verificaram que a presença de uma pressão intra-oral mais negativa nos bebês contribui para o aparecimento de fissuras em suas mães.

Nos achados da pesquisa de Andrade e Gullo (1992:32), as alterações do sistema motor oral dos bebês como causa das fissuras/rachaduras dos mamilos, trazem uma importante contribuição pela negação de certas assertivas, comumente encontradas na literatura:

- algumas crianças sugam tão vigorosamente que provocam dor e a interrupção do aleitamento para as mães; ao contrário, crianças que realmente sugam não ferem o mamilo;
- que durante a sucção as gengivas comprimem o mamilo; ao contrário, não deve existir o movimento de mastigação das gengivas;
- que o tempo prolongado de amamentação leva a bicos sensíveis e doloridos; é a má sucção que não permite que o bebê receba a quantidade necessária de leite nos tempos considerados regulares para a amamentação;
- que o bebê “faminto, guloso ou muito grande” precisa de complementação alimentar artificial; é o bebê que não sabe sugar e portanto não consegue saciar a fome, que leva a mãe a achar que seu leite é insuficiente ou fraco para alimentá-lo.

No estudo de Shimoda et al. (2005), que estuda as características, frequência e factores presentes na ocorrência de lesão de mamilos, verificaram que a idade gestacional do neonato, a cor da pele, a paridade e o tipo de anestesia das puérperas foram estatisticamente significantes na ocorrência de lesão do mamilo. Não houve significância em relação ao sexo e peso do recém-nascido, nem com o tipo de parto e o tipo de mamilo da puérpera. No internamento apenas 5,95% dos neonatos apresentavam pega e dinâmica de sucção adequada, elevando para 43,33% na consulta pós alta. Os itens de técnica de amamentação relacionados à mãe mostraram que a puérpera posiciona-se de forma inapropriada. A maioria das puérperas

apresentou cicatrização da lesão 5 a 6 dias pós-parto, indicando que este período é crítico, quando a mãe precisa de estímulo e seguimento para a manutenção do aleitamento materno.

As lesões dos mamilos são muito dolorosas e tem sido um problema comum durante a amamentação há pelo menos 50 anos. Apesar disso, e, sendo uma importante causa de desmame, é surpreendente a escassez de estudos sobre o tratamento das lesões dos mamilos (Giugliani, 2003).

6.2 - INGURGITAMENTO MAMÁRIO

Logo após o nascimento do bebê (por vezes ainda no final da gravidez), surge o primeiro leite chamado colostro, um líquido branco transparente ou amarelo, que se mantém durante 2 a 3 dias. Quando o leite “desce”, por volta do 2º ou 3º dias, as mamas podem ficar quentes, mais pesadas e duras, devido ao aumento de leite e à quantidade de sangue e de fluídos nos tecidos das mamas. Habitualmente o leite sai com facilidade e a mãe continua a amamentar sem dificuldade, desde que o faça com frequência ou retire o leite, manualmente ou com bomba, se necessário. Dentro de alguns dias sentirá as mamas confortáveis. Se há abundância de leite e este não é retirado em quantidade suficiente as mamas podem ficar ingurgitadas. Este processo pode agravar-se se o bebê não faz uma pega adequada e mamadas regulares, em horário livre. No ingurgitamento as mamas ficam tensas, brilhantes e dolorosas, e pode ser difícil retirar o leite (Levy e Bértolo, 2012). Além do leite acumulado nos canais existe inflamação e edema no espaço intersticial, que, em geral, não causa febre, embora nos casos graves possa aparecer um aumento da temperatura corporal, que não ultrapassa em regra os 38°C, chamada “febre do leite”, por vezes com calafrios e mal-estar geral. Esta situação não é de origem infecciosa mas sim inflamatória, devido à pressão que pode romper os canais e o leite extravasado actua como corpo estranho (González, 2005). A mãe pode amamentar menos porque tem dor. Em consequência a produção de leite diminui porque o bebê mama durante menos tempo, de modo não eficaz pela dificuldade em fazer uma boa pega porque a aréola está tensa, e o leite não é retirado. Se o ingurgitamento se instalou é necessário retirar o leite da mama, colocando o bebê a mamar, se possível, ou com expressão manual ou bomba, com a frequência necessária até que as mamas fiquem mais confortáveis (Levy e Bértolo, 2012).

6.3 - BLOQUEIO DOS DUCTOS E MASTITE

Por vezes, pode acontecer que alguns dos ductos, canais que drenam o leite desde os alvéolos para o exterior, fiquem obstruídos possivelmente por leite espesso. A mulher que amamenta pode sentir um nódulo doloroso numa parte da mama, e o local ficar avermelhado. Normalmente não é acompanhado de febre e a mulher sente-se bem (Levy e Bértolo, 2012). No bloqueio de um ducto só é afectado um dos lóbulos (ou uns poucos) e em geral apenas numa das mamas (González, 2005).

A obstrução tem como causas prováveis o uso de roupas apertadas (nomeadamente o soutien ou por dormir com ele), uma pancada na mama, ou porque a criança não suga daquela parte da mama. Como tal a mãe deve usar roupas largas e um soutien que apoie, mas não comprima. Deve também amamentar em diferentes posições de modo a esvaziar todas as partes da mama. Pode ainda fazer uma leve pressão, com os dedos, no sentido do mamilo para ajudar a esvaziar a parte da mama comprometida (Levy e Bértolo, 2012). O bloqueio de um ducto pode acontecer em qualquer fase da amamentação, mas é raro nos primeiros dias (González, 2005).

A mastite é a infecção bacteriana, sendo o agente mais frequente o *Estafilococos aureus*, de um ou vários lóbulos, normalmente em apenas uma das mamas. A porta de entrada são pequenas fissuras nos mamilos. Existem diversos graus de gravidade que variam desde a mama avermelhada, quente, com tumefação e dolorosa ao abcesso mamário (Centeno, 2005). Para Levy e Bértolo (2012) o tecido mamário pode infectar se o ducto bloqueado não drenar o leite, ou no caso de ingurgitamento mamário grave. Para prevenir torna-se assim necessário tratar convenientemente o ingurgitamento mamário e os bloqueios dos ductos. Acrescentam ainda à sintomatologia que a mulher tem febre e mal-estar. González (2005) fala em síndrome gripal (mal-estar geral, dores de cabeça, dores articulares...). Refere ainda que, por vezes, os sintomas gerais são tão acentuados que a mãe nem nota a inflamação local; daí o antigo aforismo “uma gripe numa mulher que amamenta é mastite até prova em contrário”. A mastite pode acontecer em qualquer momento da amamentação, mas é rara durante os primeiros dias. Durante os primeiros dez dias é provável que uma inflamação mamária com febre não seja uma mastite, mas sim um ingurgitamento mamário.

Em caso de mastite a mãe deve consultar o médico que indicará os medicamentos que deve tomar. Entretanto, é fundamental que repouse, retire o leite manualmente ou com bomba, e possa continuar a amamentar do lado não afectado (Levy e Bértolo, 2012). Nos casos em

que existe abcesso mamário, deve proceder-se a drenagem cirúrgica; só nestes casos mais graves deve ser suprimida a lactação (Centeno, 2005).

6.4 - MAMILOS PLANOS E INVERTIDOS

Os mamilos planos são aqueles que não sobressaem para além do plano da aréola, e os mamilos invertidos os que se afundam para o interior da mama. A existência de mamilos planos ou invertidos não contra indica o aleitamento materno, dado que o mamilo é só 1/3 da porção da mama que o bebé deve introduzir na boca para sugar plenamente. O que faz extrair o leite é o movimento da língua e da mandíbula do bebé em relação à aréola. O mamilo fica mais saliente nas últimas semanas de gravidez e/ou logo após o parto, além disso a mãe pode tentar rodar o mamilo entre os dedos de modo a ficar mais saliente. Durante a gravidez a utilização de moldes ou manobras de estiramento do mamilo estão desaconselhados, pelo que não se faz nada de especial, à excepção de informar correctamente a futura mãe de que poderá amamentar a sua criança se assim o desejar (Levy e Bértolo, 2012). Os mamilos invertidos em repouso não protendem mas podem ser evertidos com a mão ou pela sucção do bebé. Aparentemente o grau de inversão do mamilo e a força da sucção do bebé determinam se o aleitamento materno é possível, não existindo uma regra fixa para ditar se uma mulher com mamilos invertidos será capaz de amamentar ou não. O importante nestes casos não é o aspecto do mamilo mas a capacidade de estiramento do mesmo ou a sua capacidade de se tornarem protáteis (Dewey et al., 2003).

Assim, ainda que exista possibilidade de amamentar, estas mulheres necessitam de mais ajuda por parte dos profissionais de saúde nos primeiros dias de amamentação. É importante que a mãe coloque o bebé ao peito logo após o nascimento (durante a primeira hora), ter contacto pele a pele com o bebé e tentar em várias posições se necessário. O uso de tetinas e chupetas deve ser evitado para que o bebé não faça confusão de bicos e tenha maior dificuldade em pegar. Quando a mama está muito cheia o mamilo fica menos saliente, pelo que é favorável retirar uma porção de leite antes de colocar o bebé ao peito. A mãe pode ainda espremer um pouco de leite para a boca do bebé, de forma que este fique mais motivado para mamar. Para tentar que o mamilo fique mais saliente a mãe pode utilizar uma bomba ou uma seringa de 20 ml invertida, várias vezes ao dia durante 30-60 segundos, e sempre antes de ir amamentar (Levy e Bértolo, 2012).

PARTE II
ESTUDO EMPÍRICO

1 - MÉTODOS

É fundamental no processo de investigação a definição de uma metodologia, ou seja, de uma ordenação da realização das várias actividades de forma a atingir os objectivos, consistindo esta fase na descrição e explicação dos métodos a utilizar. A metodologia a escolher deve ter em conta a natureza do problema a estudar, os recursos disponíveis e o nível de conhecimento sobre o tema (Fortin, 2009).

A fase metodológica reporta-se “ao conjunto dos meios e das actividades próprias para responder às questões de investigação ou para verificar hipóteses formuladas no decurso da fase conceptual” (Fortin, 2009: 211).

A fase metodológica engloba, a escolha do desenho de investigação, a definição da população e da amostra, a elaboração de métodos ou escalas de medida ou de tratamento das variáveis e a escolha dos métodos de colheita e análise dos dados (Fortin, 2009).

Este capítulo está direccionado para a caracterização do estudo, apresentando-se sequencialmente os procedimentos metodológicos. Uma vez formulado e devidamente documentado o problema de investigação, elaborando assim o quadro de referência, enunciam-se os objectivos e conceptualização do estudo, as questões de investigação, as variáveis e sua operacionalização, a selecção da amostra populacional, os instrumentos de colheita de dados, os procedimentos formais e éticos a respeitar e as técnicas e medidas estatísticas utilizadas.

1.1 - CONCEPTUALIZAÇÃO DO ESTUDO E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Para que ocorra investigação é necessário considerar uma situação problemática, ou seja, um desvio entre uma situação desejável e a situação real, que origina mal-estar, insatisfação, inquietação, pretendendo-se através da investigação compreender melhor os fenómenos, ou procurar soluções para o problema.

Após a síntese do conjunto dos elementos de informação colhidos sobre o tema, a formulação do problema constitui uma das etapas chave do processo de investigação e situa-se no centro da fase conceptual (Fortin, 2009).

Os problemas de investigação são redigidos na forma de questões acerca da maneira pela qual os fenómenos se relacionam, e a sua elaboração constitui o primeiro passo do

processo científico no qual uma boa pesquisa depende em grande parte de boas questões. De uma forma geral os pesquisadores seleccionam inicialmente áreas abrangentes do assunto de interesse e posteriormente procedem à elaboração de questões específicas passíveis de investigação empírica (Polit e Hungler, 1995).

Segundo estes autores, as quatro fontes para formulação de problemas para pesquisa em enfermagem incluem: a experiência pessoal, a observação de problemas de outras pessoas, os estudos empíricos sobre determinados temas e os sistemas teóricos e conceptuais, ou seja, o domínio de interesse pode surgir pelas teorias.

O leite materno é citado por diversos autores na literatura consultada, nomeadamente, Maldonado et al. (2004), Aguilar Cordero (2005), Levy e Bértolo (2012), como o alimento ideal para o recém-nascido sob todos os aspectos, beneficiando, física e emocionalmente, tanto a mãe quanto o lactente. A consciência da importância do aleitamento materno pelos profissionais da área de saúde torna-se fundamental, bem como o conhecimento dos obstáculos à amamentação bem-sucedida, para que as mães possam ser orientadas e prevenidas sobre os mesmos, superando-os.

Os primeiros quinze dias de vida do bebé, até que a lactação esteja bem estabelecida, são especialmente importantes. Neste período podem surgir algumas dificuldades precoces, entre as quais os mamilos dolorosos e/ou com fissuras, tornando a amamentação dolorosa, podendo levar a mãe a amamentar durante menos tempo e/ou com menor frequência (Levy e Bértolo, 2012).

Este tema surge principalmente por uma questão profissional e de interesse para a Enfermagem Pediátrica. A promoção de práticas saudáveis, em especial relevância a prática do aleitamento materno, é entendida como uma das oportunidades preferenciais para a intervenção em pediatria, nomeadamente na promoção da saúde e prevenção da doença.

A amamentação é, sem dúvida, uma das maravilhas da natureza, no entanto muitas mães ficam frustradas pela dor provocada por mamilos dolorosos e/ou com fissuras. A amamentação torna-se dolorosa e, neste sentido, as mães podem viver situações de verdadeira ansiedade e as experiências negativas podem fazer com que esta, se não for apoiada pelos que a rodeiam, nomeadamente os profissionais de saúde, falhe na tentativa de amamentar.

Com a elaboração deste estudo pretendemos avaliar a realidade da problemática “mamilos dolorosos e/ou com fissuras”, reflectir acerca dos resultados encontrados, no sentido de sensibilizar e ajudar a implementar boas práticas de cuidados, com o intuito de prevenir ou minimizar esta dificuldade precoce na amamentação, e contribuir para a promoção do aleitamento materno.

A escolha do problema de investigação foi influenciada pela experiência pessoal e profissional, bem como pelos trabalhos existentes sobre o tema, que despertaram interesse no mesmo.

É neste contexto que se procura explicitar o **problema de investigação** em estudo, e nos questionamos: que condicionantes levam ao aparecimento de mamilos dolorosos e/ou com fissuras em mães no início da lactação, e qual a sua implicação no aleitamento materno exclusivo?

Decorrentes do problema de investigação e do seu quadro teórico ou conceptual apresentamos os seguintes **objectivos de investigação**:

- Determinar a influência da técnica de amamentação no aparecimento de mamilos dolorosos e/ou com fissuras.

- Analisar as relações existentes entre determinadas práticas/características das mães associadas à amamentação (orientação sobre amamentação no curso de preparação para o parto, experiência em amamentação, introdução de tetinas, conduta na prevenção da dor/fissuras nos mamilos, tipo de mamilo) e o aparecimento de mamilos dolorosos e/ou com fissuras.

- Determinar a influência do aparecimento de mamilos dolorosos e/ou com fissuras no padrão de aleitamento materno praticado pelas mães na maternidade e aos 15 dias.

Após definidos os objectivos, é-se conduzido a precisar os conceitos que serão estudados, a população alvo e a informação que se deseja obter, tal como refere Fortin (2009).

Partindo da problemática e dos objectivos de investigação que levou à realização deste estudo, e com base no enquadramento teórico levanta-se as seguintes **questões de investigação**, às quais se pretende dar resposta na análise e interpretação dos dados:

- Em que medida a técnica da amamentação influencia o aparecimento de mamilos dolorosos e/ou com fissuras?
- Que relação existe entre a orientação sobre amamentação no curso de preparação para o parto e o aparecimento de mamilos dolorosos e/ou com fissuras?
- Que relação existe entre a experiência em amamentação e o aparecimento de mamilos dolorosos e/ou com fissuras?
- Que relação existe entre a introdução de tetinas e o aparecimento de mamilos dolorosos e/ou com fissuras?
- Que relação existe entre a conduta da mãe na prevenção de mamilos dolorosos e/ou com fissuras e o seu aparecimento?
- Que relação existe entre o tipo de mamilo da mãe e o aparecimento de mamilos dolorosos e/ou com fissuras?

– Em que medida o aparecimento de mamilos dolorosos e/ou com fissuras influencia o aleitamento materno exclusivo na maternidade e aos 15 dias?

O desenho de investigação define-se como “o conjunto das decisões a tomar para pôr de pé uma estrutura, que permita explorar empiricamente as questões de investigação ou verificar as hipóteses” (Fortin, 2009: 214). Facilita de forma precisa e credível a planificação e a realização do estudo de maneira a que os objectivos sejam atingidos.

Assim, tendo presente os objectivos do estudo trata-se de uma investigação com metodologia quantitativa e liga-se ao paradigma positivista, pois, tal como refere Fortin (2009: 26), “concebe a realidade como única e estática e segundo o qual os factos objectivos existem, independentemente do investigador, e podem ser isolados”. A investigação quantitativa visa, sobretudo, “explicar e prever um fenómeno pela medida das variáveis e pela análise de dados numéricos” (Fortin, 2009:27). Segundo o tempo é um estudo transversal, o qual “serve para medir a frequência de um acontecimento ou de um problema numa população num dado momento” (Fortin, 2009:252).

Tendo presente a problemática, a estratégia metodológica adoptada é do tipo descritivo-correlacional, pelo que neste estudo, tal como apresenta Fortin (2009: 244), “exploram-se relações entre variáveis, com vista a descrevê-las”, sem que o investigador intervenha activamente para influenciar estas variáveis.

A selecção das variáveis teve em conta as questões levantadas e os objectivos do estudo. A figura 12, esquema conceptual da investigação, procura dar a conhecer o tipo de relação que se pretende estabelecer entre as variáveis.

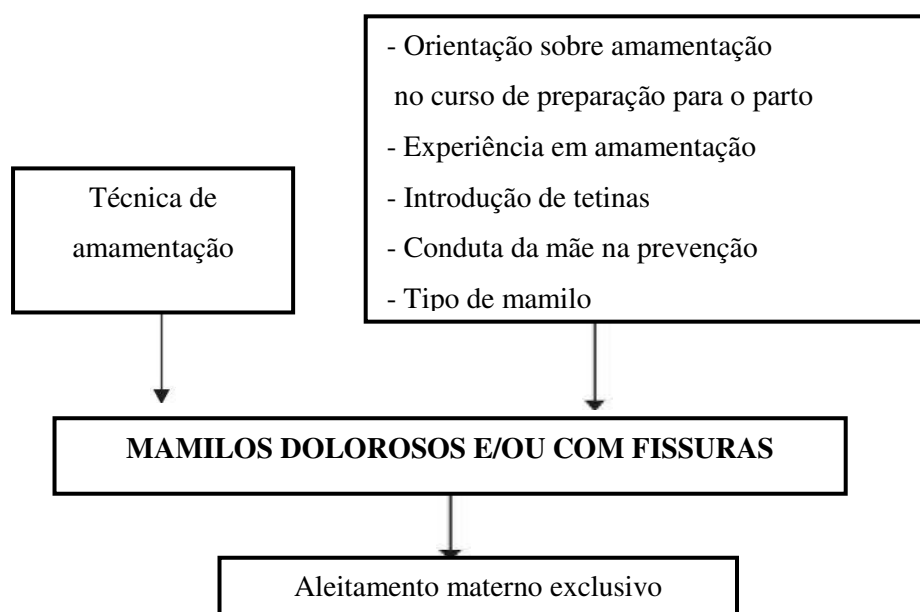


Figura 12 - Esquema conceptual da investigação

O plano para a recolha de dados englobou dois momentos: 24/36 horas após o parto e aos 15 dias após o parto. O primeiro momento foi definido entre as 24 e as 36 horas, pois consideramos que antes das 24 horas não se encontrariam reunidas as condições necessárias para o estudo, e após as 36 horas a proximidade da alta condicionava também o estudo. Assim, com este intervalo, pretendemos ainda uniformizar a recolha de dados para os diferentes tipos de parto (eutócico ou distócico). O segundo momento da recolha de dados foi definido aos 15 dias, baseado na bibliografia consultada que indicava este período como especialmente importante para o estabelecimento da lactação.

1.2 - VARIÁVEIS DE INVESTIGAÇÃO E SUA OPERACIONALIZAÇÃO

Quando os conceitos são utilizados num estudo tomam o nome de variáveis. Ou seja, “as variáveis são as unidades de base da investigação. Elas são qualidades, propriedades ou características de pessoas, objectos de situações susceptíveis de mudar ou variar no tempo” (Fortin, 2009:171).

Estas devem ser, tal como nos referem Lakatos e Marconi (2001:162), “devidamente controladas, para impedir comprometimento ou risco de invalidar a pesquisa”.

A definição operacional enuncia os procedimentos a aplicar para medir a variável, e dá indicações sobre a forma como as observações devem ser efectuadas (Fortin, 2009). Desta forma chegar-se-á a uma melhor compreensão do conceito teórico que a variável representa.

Perante o esquema de investigação devem ser levadas em consideração as variáveis que podem interferir ou afectar o objecto em estudo.

Neste estudo vão ser abordadas **variáveis de investigação**, pois tal como refere Fortin (2009), são qualidades, propriedades ou características que são observadas ou medidas, e o exame das relações entre elas exclui qualquer intervenção ou qualquer manipulação pelo investigador. A selecção das variáveis de investigação teve em conta os objectivos do estudo e as questões de investigação levantadas.

Neste estudo foram consideradas as seguintes variáveis de investigação e de interesse para o estudo:

Mamilos dolorosos e/ou com fissuras – Alflen (2006) define fissura do mamilo como uma solução de continuidade, tipo fenda, com comprometimento da epiderme ou da derme, localizando-se na junção mamilo-aréola e/ou na superfície do mamilo. No entanto, a dor no

mamilo pode existir, por vezes, sem lesões visíveis macroscopicamente, sendo denominados mamilos dolorosos (Martin, 2000).

Este dado foi obtido por meio de observação da mama pela investigadora, a olho nu, antes e após a mamada. Foi considerado a presença de qualquer alteração da pele, desde rubor, fissuras (gretas), bolha, equimose, sangramento. Dado colhido no Formulário para Observação da Mamada da UNICEF (“pele da mama com fissuras ou vermelhidão”).

Para mensuração da intensidade da dor foi aplicada a Escala Visual Analógica, validada internacionalmente, de acordo com a circular normativa da Direcção-Geral da Saúde (2003), que considera a “Dor como o 5º sinal vital”. Esta escala é convertida em escala numérica para efeitos de registo. Colocada em pergunta no questionário onde a participante refere a intensidade da dor sentida, na régua de 10 cm, onde o (zero) representa ausência de dor e 10 (dez) representa a pior dor suportável, ou seja, dor máxima (Figura 13). A intensidade da dor será depois operacionalizada em sem dor (0), dor ligeira (1,2), dor moderada (3,4,5), dor intensa (6,7,8) e dor máxima (9,10).

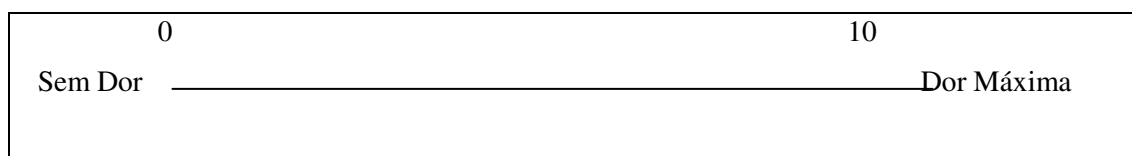


Figura 13 - Escala Visual Analógica

Fonte: Adaptado da Direcção Geral da Saúde (2003)

Técnica de amamentação – Esta requer posicionamento adequado da dupla mãe/bebé e pega/sucção efectiva da boca do bebé à mama da mãe (Molina, 2004b). Dados colhidos pela investigadora, através da aplicação do Formulário para Observação da Mamada da UNICEF, do qual foram considerados, separadamente, 6 itens desfavoráveis à qualidade da técnica de amamentação referentes ao posicionamento da dupla mãe/bebé (postura corporal) e 7 itens desfavoráveis relacionados com a sucção (pega) do bebé.

Postura corporal: mãe com ombros tensos e inclinada sobre o bebé; corpo do bebé longe do da mãe; cabeça e tronco do bebé não alinhados; queixo do bebé não toca a mama; só ombro ou cabeça apoiada; mãe segura a mama em forma de tesoura.

Sucção/ pega: boca pouco aberta, aponta para a frente; lábio inferior virado para dentro; língua do bebé não visível; bochechas tensas ou encovadas; mais aréola abaixo da boca do bebé; apenas sucções rápidas; ouve-se ruídos altos.

Orientação sobre amamentação no curso de preparação para o parto – As aulas de preparação para o parto durante a gestação favorece a futura mãe no início da amamentação

(Levy e Bértolo, 2012). Este dado é obtido por informação da mãe, no questionário, e operacionalizada em sim e não. Relativamente às mães que frequentaram o curso vamos considerar se receberam informações sobre aleitamento materno e como posicionar o bebé à mama, ou não.

Experiência em amamentação – Dado obtido por informação da mãe e operacionalizado em sim, para as mães com experiência prévia em amamentação, e não, para as mães que nunca amamentaram (as primíparas e múltíparas que não amamentaram). Relativamente às mães que já tiveram experiência prévia em amamentação vai ser determinada a média aritmética, em meses completos, do tempo de amamentação em exclusivo e da interrupção definitiva. A experiência de amamentar ainda será operacionalizada em agradável ou desagradável. Serão agrupados os motivos pelo qual foi desagradável: dores nos mamilos, fissuras nos mamilos, mamas ingurgitadas, mastite, outro.

Introdução de tetinas – Dado obtido no questionário e operacionalizado em sim, se foi dado leite ao bebé por biberão e se foi introduzida chupeta ao bebé, ou não. O uso de tetinas deve ser evitado para prevenir a síndrome de confusão “tetina-mamilo” (Biancuzzo, 2000).

Conduta da mãe na prevenção de dor/fissuras nos mamilos – Além da postura corporal e pega/sucção correctas do bebé à mama da mãe, de acordo com Levy e Bértolo (2012) a mãe deve ainda ter os seguintes cuidados/procedimentos na prevenção de dor/fissuras nos mamilos:

- Não deve estipular horário rígido para dar de mamar ao bebé.
- Deve deixar que o bebé largue a mama livremente.
- Deve colocar um dedo, suavemente, na boca do bebé para interromper a sucção.
- Não deve lavar os mamilos com sabão.
- Deve lavar os mamilos unicamente uma vez ao dia, no banho.

Assim, no aparecimento de mamilos dolorosos e/ou com fissuras vão ser considerados os cinco procedimentos desfavoráveis na conduta da mãe relativamente à sua prevenção. Na operacionalização desta variável foi atribuído 1 ponto a cada questão correcta e 0 ponto a cada questão incorrecta, passando a variável para variável nominal. Assim à pontuação superior ou igual a 3 foi considerada conduta mais adequada e inferior a 3 menos adequada.

Tipo de mamilo – Os mamilos planos e invertidos podem levar algumas mães a pensar que são muito pequenos para amamentar, e podem constituir uma dificuldade precoce da amamentação (Levy e Bértolo, 2012). Este dado foi obtido através da observação da mama e feita operacionalização de acordo com o Formulário para Observação da Mamada da UNICEF, de acordo com o tipo de mamilo: mamilos exteriorizados/protácteis e mamilos rasos ou invertidos (considerados desfavoráveis).

Padrão de aleitamento materno – Dado colhido na maternidade e posteriormente aos 15 dias. Operacionalizado em aleitamento materno exclusivo ou não exclusivo e sem aleitamento materno (aos 15 dias).

Para a uniformização em relação às definições dos diversos tipos de aleitamento foram utilizados os indicadores definidos pela OMS/UNICEF (1993):

- Aleitamento materno exclusivo: quando a criança ingere somente leite materno, directamente do peito ou extraído, sem outros líquidos ou sólidos (excepto medicamentos, gotas de vitaminas, ou suplementos minerais).

- Aleitamento materno predominante (ou aleitamento materno quase exclusivo): significa amamentar um bebé, mas dar também água ou outros líquidos, como chá.

- Aleitamento misto: significa amamentar parcialmente à mama em algumas mamadas e dar também alimentação artificial, seja de outro leite, cereal ou outro alimento.

- Aleitamento artificial: significa alimentar uma criança com alimentos artificiais e não dar leite materno.

1.3 – POPULAÇÃO E AMOSTRA

População “é toda a agregação de casos que atendem a um conjunto eleito de critérios” (Polit e Hungler, 1995:143). Para Fortin (2009), a população de um estudo consiste num conjunto de elementos ou de sujeitos que tem características comuns.

Neste contexto, a **população** do estudo é constituída pelas duplas mães/filhos, internadas no Serviço de Obstetrícia do Hospital Sousa Martins (HSM), da Unidade Local de Saúde (ULS) da Guarda, instituição esta que colaborou neste trabalho de pesquisa.

De modo geral, as pesquisas de investigação englobam uma população de elementos tão grande que se torna impossível estudá-los na sua totalidade. Por esta razão muito frequentemente selecciona-se uma amostra representativa, ou seja, uma pequena parte dos elementos que constituem a população em estudo. Amostra consiste numa porção da população, por meio da qual se estabelecem, ou se estimam, as características desse universo (Fortin,2009).

A amostra deste estudo foi escolhida por motivos profissionais e de proximidade da área de residência do investigador e possibilidade de posterior intervenção em função dos resultados obtidos.

A **amostra** é assim constituída por um total de 160 duplas mãe/filho internadas no Serviço de Obstetrícia do HSM da ULS da Guarda entre Maio e Agosto de 2012, que aceitaram participar no estudo após assinado o Consentimento Informado e que obedeciam aos critérios de inclusão.

Optou-se por um método de amostragem não probabilística, por conveniência ou accidental. Para reforçar a amostra, tal como sugere Kerlinger (1973, cit. por Fortin, 2009), foram implantados meios de controlo, tal como a homogeneidade, obtida pela utilização de critérios de inclusão.

Os **critérios de inclusão** para o estudo foram os seguintes:

- Mães/filhos estarem em alojamento conjunto.
- Mães/filhos terem iniciado o aleitamento materno, e mantido entre as 24/36 horas.
- Bebés de termo (idade gestacional igual ou superior a 37 semanas). As crianças pré-termo são consideradas de risco devido à imaturidade orgânica sendo as suas reservas físicas insuficientes para um adequado funcionamento num ambiente extra-uterino (Lowdermilk e Perry, 2008).
- Bebés com peso ao nascer superior ou igual a 2500 gramas. O baixo peso à nascença é considerado um factor que contribui para uma sucção pouco eficaz (González, 2005).
- Gestação ter sido de feto único.
- Não haver problemas na mãe ou no bebé que dificultassem a amamentação.
- Saber ler e escrever português.
- Responder ao questionário de seguimento, através de contacto telefónico, aos 15 dias de puerpério.

1.4 - INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

Um dos aspectos importantes do processo de investigação consiste na escolha do método de colheita de dados apropriado para recolher a informação junto dos participantes. Os dados podem ser colhidos de diferentes formas e tal como refere Fortin (2009: 368) “Cabe ao investigador determinar o tipo de instrumento de medida que melhor convém ao objectivo do estudo, às suas questões de investigação ou às suas hipóteses.

Sendo este um estudo de natureza quantitativa, e atendendo a que os instrumentos mais utilizados neste tipo de estudos são os questionários, a observação e escalas de medida (Fortin, 2009), optou-se pelo questionário e pela observação.

O questionário limita o sujeito às questões formuladas, sem que tenha a possibilidade de as alterar ou de precisar o seu pensamento. É um instrumento de medida que traduz os objectivos de um estudo com variáveis mensuráveis. Ajuda a organizar, a normalizar e a controlar os dados, de tal forma que as informações procuradas possam ser colhidas de maneira rigorosa e permite um melhor controlo do enviesamento. É pouco dispendioso, requer menos habilidades da parte de quem o aplica e permite obter mais informações num conjunto populacional. Apresenta uma natureza impessoal, apresentação uniformizada com as mesmas directrizes e a ordem das questões idêntica para todos os sujeitos, podendo assegurar, até certo ponto, a uniformidade de situações de medida, assegurando fidelidade e facilitando comparações entre sujeitos. Os participantes podem sentir-se mais seguros relativamente ao anonimato das respostas, e, por isso, exprimir mais livremente as questões que consideram mais pessoais (Fortin, 2009).

Neste estudo foram utilizados dois questionários, os quais foram elaborados e pré testados pela investigadora. O pré-teste foi aplicado a 12 mães internadas no Serviço de Obstetrícia do HSM, nos últimos quinze dias de Abril de 2012, e que cumpriam critérios de inclusão da população alvo deste estudo. O pré-teste surge pela necessidade de tornar os resultados o mais fidedignos possível; serve para verificar a eficácia e o seu valor junto de uma amostra reduzida (entre 10 a 20 pessoas) da população alvo; e é indispensável porque permite descobrir os defeitos e as correcções que se impõem (Fortin, 2009). Posteriormente procedeu-se à sua análise, verificando-se que foi elaborado de forma clara e facilmente compreendido, aferindo assim a sua viabilidade.

O questionário inicial utilizado foi o questionário auto-administrado (Anexo 1), que se caracteriza por ser preenchido pelo sujeito, entregue às mães no segundo ou terceiro dia pós-parto, após assinatura do termo de Consentimento Informado. Este foi aplicado no período de Maio a meados de Agosto de 2012. O questionário de seguimento (Anexo 2) foi preenchido pela investigadora, aos 15 dias de puerpério, por contacto telefónico. Ambos os questionários possuem questões fechadas, ou seja, aquelas cuja alternativa de resposta são especificadas pelo pesquisador. Segundo Fortin (2009: 383), “As questões dicotómicas, as questões de escolha múltipla, as questões por ordenação, as questões de enumeração gráfica, assim como as listas de pontuação pertencem todas à categoria de questões fechadas”. A autora acrescenta, ainda, que estas têm como principais vantagens serem simples de utilizar, permitir a codificação fácil das respostas e uma análise rápida e pouco dispendiosa, assim como poderem ser objecto de um tratamento estatístico. Foram ainda colocadas algumas questões abertas as quais deixam o sujeito livre para responder, sem respostas pré-determinadas.

Permitem recolher uma informação mais detalhada do que as questões fechadas (Fortin, 2009).

Questionário

O questionário é constituído por 34 questões distribuídas por seis grupos, antecedidas de explicações para o seu correto preenchimento e respeito pelo anonimato. Das questões que o constituem apenas seleccionámos algumas para variáveis de investigação, como já foram mencionadas; as restantes são consideradas variáveis atributo, que “são características pré-existentes dos participantes num estudo” (Fortin:172), para obtenção de informação relativamente a dados sociodemográficos, informações da gravidez e parto, informação e decisão para amamentar, experiência em amamentação, aleitamento actual e condutas da mãe para prevenir/tratar mamilos dolorosos e/ou com fissuras.

Em relação às variáveis atributo apenas vamos especificar a caracterização de algumas delas para melhor compreensão das mesmas.

No grupo I foram incluídas as variáveis para caracterização sociodemográfica, que incluem idade materna e paterna, estado civil, nacionalidade, raça/etnia, residência, escolaridade materna e paterna, profissão materna e paterna.

Especificamente em relação à idade a amostra será agrupada em anos completos, e segundo Silva (2005) que considera nos extremos da vida reprodutiva a gravidez antes dos 18 anos e a gravidez após os 35 anos: menos de 18 anos, entre os 18 e os 35anos e após os 35 anos. Quanto à escolaridade, a amostra será agrupada de acordo com a Lei de Bases do Sistema Educativo Nacional (Lei nº46/86 de 14 de Outubro, com alterações introduzidas pela Lei nº 115/97, 19 de Setembro) que considera vários ciclos conforme os anos de escolaridade: 1º Ciclo, 2º Ciclo, 3ºCiclo, Ensino Secundário e Ensino Superior. Quanto à profissão as respostas são operacionalizadas de acordo com a Classificação Portuguesa das Profissões:2010, segundo INE (2011), que reparte as profissões pelas seguintes categorias:

- Profissões das forças armadas;
- Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, directores e gestores executivos;
- Especialistas das actividades intelectuais e científicas;
- Técnicos e profissionais de nível intermédio;
- Pessoal administrativo;
- Trabalhadores dos serviços pessoais, de protecção e segurança e vendedores;
- Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta;
- Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices;
- Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem;

- Trabalhadores não qualificados.

Vamos considerar ainda mais dois grupos: desempregados e estudantes.

No grupo II foram incluídas as variáveis de informação obstétrica, que permite informar quanto ao número de gestações (primigesta/multigesta), quanto ao número de partos (primípara/multípara), se a gravidez foi planeada e/ou desejada, consultas de gravidez, se a gravidez foi normal ou de risco e o tipo de parto; foram ainda incluídas duas questões para informação sobre o sexo e peso do bebé.

Em relação a consultas não existe consenso sobre o número ideal de consultas durante a gravidez; a maioria dos autores sugere a seguinte periodicidade (Machado, 2005): até à 32ª semana, consultas mensais; das 33 às 37 semanas, consultas quinzenais; a partir das 38 semanas, consultas semanais. No entanto, as necessidades individuais, as complicações e os riscos da mulher grávida, podem justificar, muitas vezes, mais ou menos consultas. Quanto ao número de consultas as mães serão agrupadas em dois grupos, as que efectuaram menos que seis consultas e as que efectuaram seis ou mais consultas. Uma gravidez de risco é aquela que se associa a uma maior incidência de desfechos adversos, para a mãe e/ou para o feto, do que na população em geral (Machado, 2005). Foi colocada uma questão dicotómica que permite as respostas: gravidez normal ou gravidez de risco; os problemas encontrados em pergunta aberta foram agrupados de acordo com as respostas obtidas.

No grupo III foram incluídas as variáveis de informação e decisão para amamentar, com questões relativamente a conhecimentos sobre aleitamento materno, como foram adquiridos, frequência de curso de preparação para o parto, como e quando foi tomada decisão para amamentar.

No grupo IV foram incluídas as variáveis de informação sobre experiência em amamentação, e no caso de experiência prévia se foi agradável ou desagradável e o motivo.

No grupo V foram incluídas as variáveis para informação do aleitamento actual relativamente a contacto precoce (se a mãe teve contacto pele a pele com o filho na 1ª hora de vida), se a primeira mamada foi na 1ª hora de vida, se o bebé fez apenas leite materno exclusivo, ou se fez leite artificial qual o motivo e se foi introduzida tetina/chupeta ao bebé.

No grupo VI foram incluídas as variáveis relativas à conduta na prevenção e tratamento de dor/fissuras nos mamilos.

Quanto à conduta na prevenção esta já foi abordada nas variáveis de investigação.

Quanto aos cuidados no tratamento de mamilos dolorosos e/ou com fissuras vamos considerar favoráveis os seguintes itens, de acordo com Levy e Bértolo (2012):

- Foi corrigida a pega do bebé à mama por enfermeiro;
- Inicia a mamada pelo mamilo não doloroso;

- Evita manter tecidos húmidos sobre os mamilos ou usar protecções;
- Expõe os mamilos ao ar e à luz entre as mamadas;
- Aplica umas gotas de leite no mamilo e aréola, após o banho e após cada mamada
- Não aplica cremes.

Questionário de seguimento

O questionário de seguimento possui questões acerca do padrão de aleitamento aos 15 dias, a utilização de tetinas, problemas com a amamentação e tempo de resolução do problema “mamilos dolorosos e/ou com fissuras”.

Formulário para Observação da Mamada

As medidas por observação consistem em recolher dados por meio da observação. Esta constitui frequentemente o meio privilegiado de medir comportamentos humanos ou acontecimentos. Distinguem-se a observação não estruturada e a observação estruturada ou sistemática. Na observação estruturada, utilizada neste estudo, “o objecto sobre o qual incide a observação, assim como o momento e a maneira como os dados são recolhidos, registados e codificados são claramente definidos” (Fortin, 2009:371). Esta requer um plano de observação.

Na observação foi utilizado o “Formulário para Observação da Mamada” (Anexo 3) da UNICEF (1993) e já utilizado em outros estudos, nomeadamente no estudo de Weigert et al. (2005) e Pereira (2006). No preenchimento do formulário apenas foram utilizados os itens relativos a postura corporal e sucção (pega), para avaliação da técnica de amamentação, e os itens relativos à anatomia da mama, com o objectivo de registar alterações/lesões dos mamilos (e ainda outras alterações da mama, como mama congestionada) e o tipo de mamilo. Os outros itens do formulário foram rejeitados, por não serem utilizados no estudo.

Tanto a observação da mama, antes e após a mamada, como a observação da mamada completa, foram efectuadas sempre pela investigadora para uniformização de critérios.

1.5 – PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Depois de elaborados e adaptados os métodos de colheita de dados e escolhido o tipo de amostra, pode começar-se a recolha dos dados junto dos participantes. No entanto esta fase nem sempre se efectua sem obstáculos. A acessibilidade aos sujeitos e o recrutamento

constituem, frequentemente, pontos difíceis, considerando que é preciso tomar em consideração os direitos humanos, os intermediários pelos quais o investigador deve passar e as dificuldades ligadas ao recrutamento propriamente dito. Assim sendo, o investigador deve fazer certas diligências preliminares. Precisa obter autorização para conduzir o estudo no estabelecimento que escolheu e a aprovação da comissão de ética da investigação, recrutar os participantes, assegurar a constância na colheita da informação e fazer face aos problemas que surgem (Fortin, 2009).

A elaboração de uma pesquisa que respeitasse todos os princípios éticos foi um quesito que pautou todo este projecto. Para tal foram seguidos os trâmites que levaram à aprovação do projecto pela Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde da Guarda (Anexo 4), instituição onde se realizou a investigação. Foi também estabelecido contacto com a Directora do Serviço de Obstetrícia, a qual deu parecer favorável, e com a Enfermeira Chefe, de maneira a assegurar a sua colaboração ao longo do processo.

No decurso da investigação foram salvaguardados os direitos dos participantes e os princípios éticos fundamentais. Todas as mães depois de devidamente informadas e esclarecidas sobre o estudo, objectivos do mesmo, qual a participação esperada delas, a intervenção a realizar, assinaram a Declaração de Consentimento Informado (Anexo 5), conforme as normas de Helsínquia. O recrutamento das participantes, assim como a colheita da informação em todo o processo, foram efectuados pela investigadora, de forma a assegurar a constância nos dados. Assim, obtivemos uma amostra de 160 participantes que preencheram de forma livre e esclarecida e consciente o questionário inicial, permitiram observação da mamada e inspecção das mamas, antes e depois da mesma, e ainda responderam, por telefone, ao questionário de seguimento aos 15 dias de puerpério.

1.6 – PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS

Para sistematizar e realçar a informação fornecida pelos dados quantitativos, recolhidos através dos instrumentos de colheita de dados, foram utilizados procedimentos de natureza descritiva e inferencial, obtidos através do programa da IBM (*International Business Machines Corporation*) SPSS (*Statistical Product and Service Solutions*) *Statistics 20*.

Foi usada estatística descritiva, através dos parâmetros estatísticos considerados mais adequados, atendendo às variáveis em estudo, como distribuição de frequências (absolutas e relativas), medidas de tendência central (média, moda e mediana) e medidas de dispersão

(desvio-padrão e amplitude de variação), sendo os valores apresentados em tabelas, quadros e gráficos, com o objectivo de facilitar a visualização e análise dos dados.

Foram ainda aplicados testes estatísticos, para análise inferencial, no sentido de se verificar a existência de relação, diferenças estatisticamente significativas, entre as variáveis, de acordo com os objectivos do estudo. Deste modo, foram utilizados o Teste Qui-Quadrado e Teste Exacto de Fisher, testes aplicados a variáveis nominais, uma vez que as variáveis utilizadas no estudo se encontram operacionalizadas dessa forma, e dicotomizadas. O Teste Qui-Quadrado é utilizado sempre que se encontrem reunidos os pressupostos da sua utilização e quando tal não acontecer será utilizado o Teste Exacto de Fisher, uma vez que a sua utilização não tem restrições em tabelas de dupla entrada.

Existindo relação de dependência entre as variáveis, o grau de associação será medido através da medida de associação baseada no Qui-Quadrado, o Coeficiente V de Cramer.

Foi estabelecido um nível de significância de 5%. Os níveis de significância estatística utilizados, segundo Pestana e Gagueiro (2008) foram os seguintes:

- $p < 0,05$ = valor estatístico significativo;
- $p < 0,01$ = valor estatístico bastante significativo;
- $p < 0,001$ = valor estatístico altamente significativo;
- $p \geq 0,05$ = valor estatístico não significativo

2 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Segundo Fortin (2009), a apresentação dos resultados deve informar claramente as características da amostra, através de técnicas estatísticas adequadas ao quadro conceptual e ao tipo de estudo.

Fortin (2009) refere ainda que os resultados provêm dos factos observados no decurso da colheita dos dados; estes factos são analisados e apresentados de maneira a fornecer uma ligação lógica com o problema de investigação proposto, sendo apresentados em primeiro lugar os resultados obtidos com as análises descritivas, seguindo-se os resultados obtidos com as análises inferenciais.

Os dados são apresentados em tabelas nas quais se omite a referência uma vez que os dados são relativos à amostra em estudo.

A amostra em estudo é constituída por 160 duplas mães/filhos.

2.1 - ANÁLISE DESCRITIVA

A análise descritiva descreve as características da amostra, na qual os dados foram colhidos, e também os valores obtidos.

Segundo Fortin (2009), na análise descritiva dos dados o investigador destaca um perfil do conjunto das características dos sujeitos.

Deste modo, será apresentada a descrição geral da amostra, correspondente aos dados sociodemográficos, informação obstétrica, informação e decisão para amamentar, experiência em amamentação, aleitamento actual, condutas da mãe na prevenção e tratamento de mamilos dolorosos e/ou com fissuras.

Posteriormente serão apresentados os dados da observação da mamada, que inclui possíveis dificuldades na técnica da amamentação (postura corporal e pega), e observação da mama (anatomia/possíveis dificuldades).

Por fim os dados referentes ao questionário de seguimento, que incluem a alimentação do bebé, a introdução de tetinas e problemas com a amamentação aos 15 dias pós-parto.

Dados sociodemográficos

No que concerne à idade, verifica-se que a maioria das mães (78,80%) têm entre 18 e 34 anos, 17,50% possuem idade igual ou superior a 35 anos e com idade inferior a 18 anos surgem 3,8% das mães; a idade dos pais situa-se, também, maioritariamente (60,60%) entre os 18 e 34 anos, e os restantes (39,40%) com idade igual ou superior a 35 anos (**cf. Tabela 1**).

Tabela 1 – Distribuição segundo os grupos etários

Idades	Materna		Paterna	
	F	%	F	%
<18 Anos	6	3,80	-	-
18 - 34 Anos	126	78,80	97	60,60
≥35 Anos	28	17,50	63	39,40
Total	160	100,00	160	100,00

A idade materna varia entre 13 e 40 anos, com a média de 29,41 anos e desvio padrão de 5,74 anos; a mediana é de 30 anos. A idade paterna varia entre 19 e 61 anos, com a média de 32,66 anos e desvio padrão de 6,51 anos, sendo a mediana 33 anos (**cf. Tabela 2**).

Tabela 2 – Análise descritiva das idades materna e paterna

Idades	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Mediana
Materna	160	29,41	5,74	13	40	30,00
Paterna	160	32,66	6,51	19	61	33,00

Ainda em relação a dados sociodemográficos das mães (**cf. Tabela 3**), no que respeita ao estado civil, 81,30% das mães encontram-se na situação de casadas ou união de facto, 16,90% são solteiras, 1,30% referem a condição de divorciadas/separadas e 0,60% de viuvez (1 mãe).

Em relação à nacionalidade, a grande maioria (93,80%) são portuguesas, sendo as restantes estrangeiras (6,30%).

No que concerne à raça/etnia, 93,80% são de raça caucasiana, 3,80% são de etnia cigana, 1,30% de raça negra e 1,30% assinalam outra (uma mulata e outra indiana).

No que diz respeito à residência, 44,40% das mães vivem em aldeia, 37,50% moram na cidade e as restantes 18,10% residem em vila.

Tabela 3 – Distribuição das mães segundo dados sociodemográficos

	F	%
Estado civil		
Solteira	27	16,90
Casada/União de facto	130	81,30
Divorciada/Separada	2	1,30
Viúva	1	0,60
Total	160	100,00
Nacionalidade Portuguesa		
Sim	150	93,80
Não	10	6,30
Total	160	100,00
Raça/Etnia		
Branca (caucasiana)	150	93,80
Negra	2	1,30
Cigana	6	3,80
Outra	2	1,30
Total	160	100,00
Residência		
Aldeia	71	44,40
Vila	29	18,10
Cidade	60	37,50
Total	160	100,00

Os dados da **Tabela 4** referem-se à escolaridade e profissões materna e paterna. Para a categorização das profissões foi utilizada a Classificação Portuguesa das Profissões:2010.

No que se refere à escolaridade, 31,90% das mães possuem o ensino secundário, seguindo-se 29,40% com o ensino superior, 24,40% com o 3º ciclo, 10,00% com o 2º ciclo e 4,40% com apenas o 1º ciclo. Por sua vez 31,30% dos pais possuem o 3º ciclo, seguindo-se 29,40% com o ensino secundário, 16,90% com o 2º ciclo, 14,40% o ensino superior e 8,10% detêm apenas o 1º ciclo.

Em relação à profissão, entre as mães, destacam-se, em maior frequência (32,50%), as que pertencem ao grupo de trabalhadores dos serviços pessoais, de protecção e segurança e vendedores; segue-se o grupo dos agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta (26,90%) e especialistas das actividades intelectuais e científicas (22,50%). Com menor frequência pertencem ao grupo de técnicos e profissões de nível intermédio (5,00%), pessoal administrativo (1,30%) e incluídas no grupo dos representantes do poder

legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, directores e gestores executivos temos 1,30% das mães. De realçar a presença de 14 mães desempregadas (8,80%) e 3 estudantes (1,90%).

Entre os pais, salienta-se o grupo de agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta (45,00%), seguindo-se o grupo de trabalhadores de serviços pessoais, de protecção e segurança, e vendedores (21,30%), especialistas das actividades intelectuais e científicas (11,90%) e o grupo dos representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, directores e gestores executivos (7,5%). Com menor frequência fazem parte do grupo de pessoal administrativo (3,80%) e do grupo de técnicos e profissionais de nível intermédio (3,10%). De notar a presença de 10 pais desempregados (6,30%) e 2 estudantes (1,30%).

Tabela 4 – Distribuição materna e paterna segundo a escolaridade e grupo profissional

	Materna		Paterna	
	F	%	F	%
Escolaridade				
1º Ciclo	7	4,40	13	8,10
2º Ciclo	16	10,00	27	16,90
3º Ciclo	39	24,40	50	31,30
Ensino Secundário	51	31,90	47	29,40
Ensino Superior	47	29,40	23	14,40
Total	160	100,00	160	100,00
Grupo Profissional				
(...) dirigentes, directores e gestores executivos	2	1,30	12	7,50
Especialistas das actividades intelectuais e científicas	36	22,50	19	11,90
Técnicos e profissões de nível intermédio	8	5,00	5	3,10
Pessoal administrativo	2	1,30	6	3,80
Trabalhadores dos serviços pessoais, de protecção e segurança e vendedores	52	32,50	34	21,30
Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, pesca e floresta	43	26,90	72	45,00
Desempregado/a	14	8,80	10	6,30
Estudante	3	1,90	2	1,30
Total	160	100,00	160	100,00

Informação obstétrica

Os dados da **tabela 5** são referentes à informação obstétrica das mães.

Quanto ao número de gestações, 55,00% das mães são multigestas e 45,00% são primigestas.

Quanto à ocorrência de partos, 50,60% das mães são primíparas e 49,40% são multíparas.

A maioria (89,40%) afirmaram ter planejado e/ou desejado a gravidez, contrariamente às restantes 10,60% onde isso não aconteceu.

A quase totalidade das mães (99,40%) afirmaram ter frequentado consultas de gravidez, restando apenas uma mãe que não fez qualquer consulta. Em relação ao número de consultas, a maioria das mães (88,10%) realizou 6 ou mais consultas, tendo as restantes (11,90%) efectuado menos de 6 consultas; em média, as mães efectuaram 7,57 consultas ($\pm 2,33$), entre o mínimo de 1 e máximo de 16 consultas; quer a moda, quer a mediana se situaram em 7 consultas.

Em 79,40% das mães a gravidez foi considerada normal e em 20,60% com problemas durante a gravidez; entre os problemas destacam-se a diabetes gestacional e ameaça de parto prematuro com igual ocorrência (21,20%), o descolamento da placenta (15,20%) e, com igual frequência (12,10%), respectivamente, atraso de crescimento intra-uterino, hipertensão/pré-eclâmpsia e ameaça de aborto; em dois casos (6,10%) é referida doença, sem contudo ter sido especificada.

No que respeita ao tipo de parto, a maioria (62,50%) teve um parto eutócico, sucedido pelas cesarianas (30,00%) e 7,50% por ventosa/fórceps.

Tabela 5 – Distribuição das mães segundo informação obstétrica

	F	%
Nº de gestações		
Primigesta	72	45,00
Multigesta	88	55,00
Total	160	100,00
Nº de partos		
Primípara	81	50,60
Múltipara	79	49,40
Total	160	100,00
Gravidez planeada e/ou desejada		
Sim	143	89,40
Não	17	10,60
Total	160	100,00
Consultas de gravidez		
Sim	159	99,40
Não	1	0,60
Total	160	100,00
Número de consultas		
<6 Consultas	19	11,90
≥6 Consultas	140	88,10
Total	159	100,00
N=159; \bar{x} =7,57; Mo=7; Md=7; S=2,33; Xmin=1; Xmax=16		
Gravidez		
Normal	127	79,40
De risco	33	20,60
Total	160	100,00
Problemas na gravidez		
Diabetes gestacional	7	21,20
Ameaça de parto prematuro	7	21,20
Descolamento de placenta	5	15,20
Atraso de crescimento intra-uterino	4	12,10
Hipertensão/Pré-eclâmpsia	4	12,10
Ameaça de aborto	4	12,10
Doença	2	6,10
Total	33	100,00
Tipo de parto		
Eutócico (normal)	100	62,50
Ventosa/Forceps	12	7,50
Cesariana	48	30,00
Total	160	100,00

Os dados presentes na **Tabela 6** permitem verificar que, quanto ao sexo, os bebés distribuem-se de forma semelhante, sendo 50,60% do sexo feminino e 49,40% do sexo masculino. No que ao peso diz respeito, aquando do nascimento, os dados mostram que a maior parte (40,00%) tinham peso compreendido entre mais de 3000 até 3500 gramas, 35,60% entre 2500 e 3000 gramas e 24,40% pesavam mais de 3500 gramas; assim, os bebés pesavam em média 3203,25 gramas ($\pm 374,44$), tendo-se verificado um mínimo de 2560 gramas e um máximo de 4305 gramas.

Tabela 6 – Distribuição segundo o sexo e peso de nascimento do bebé

	F	%
Sexo do bebé		
Feminino	81	50,60
Masculino	79	49,40
Total	160	100,00
Peso de nascimento do bebé (gramas)		
2500 a 3000 Gramas	57	35,60
>3000 a 3500 Gramas	64	40,00
>3500 Gramas	39	24,40
Total	160	100,00
$\bar{x}=3203,25$ gramas; $S=374,44$; $X_{\min}=2540$; $X_{\max}=4305$		

Informação e decisão sobre amamentação

Quanto a aspectos relativos a informação e decisão sobre amamentação (**cf. Tabela 7**), metade das mães (50,00%) referem possuir alguns conhecimentos sobre aleitamento materno, 22,50% referem bastantes, 15,00% poucos, 10,00% afirmam possuir muitos e ainda 2,50% referem não ter nenhuns conhecimentos. Quanto à forma como os conhecimentos sobre aleitamento materno foram adquiridos, 59,40% das mães referem ter sido através de profissionais de saúde, 21,90% por meio de familiares/amigos, 14,80% por contacto directo e 3,90% através de leitura. Durante a gravidez apenas 29,40% das mães frequentaram curso de preparação para o parto; destas, 89,40% afirmam terem obtido informação sobre aleitamento materno e orientação de como posicionar o bebé para mamar. Relativamente à decisão para amamentar, a maioria das mães (91,90%) deliberaram por iniciativa própria, igual percentagem (3,10%) respectivamente por indicação do médico e do enfermeiro, 1,30% por conselho da mãe e apenas 1 (0,60%) por conselho do marido/companheiro. A decisão para amamentar foi tomada na maioria das mães (65,60%) antes da gravidez, seguida das que tomaram a decisão durante a gravidez (30,60%), 3,10% após o parto e 1 (0,60%) no parto.

Tabela 7 – Distribuição segundo informação e decisão sobre amamentação

	F	%
Conhecimentos sobre aleitamento materno		
Nenhuns	4	2,50
Poucos	24	15,00
Alguns	80	50,00
Bastantes	36	22,50
Muitos	16	10,00
Total	160	100,00
Como adquiriu os conhecimentos sobre aleitamento materno		
Profissionais de saúde	92	59,40
Familiares/amigos	35	22,40
Leitura	6	3,90
Contacto directo	23	14,80
Total	156	100,00
Durante a gravidez frequentou curso de preparação para o parto		
Sim	47	29,40
Não	113	70,60
Total	160	100,00
No curso obteve informação sobre aleitamento materno		
Sim	42	89,40
Não	5	10,60
Total	47	100,00
No curso recebeu orientação de como posicionar o bebé para mamar		
Sim	42	89,40
Não	5	10,60
Total	47	100,00
A decisão para amamentar foi tomada por:		
Iniciativa própria	147	91,90
Indicação do médico	5	3,10
Indicação do enfermeiro	5	3,10
Conselho da mãe	2	1,30
Conselho do marido/companheiro	1	0,60
Total	160	100,00
Quando foi tomada essa decisão		
Antes da gravidez	105	65,60
Durante a gravidez	49	30,60
No parto	1	0,60
Após o parto	5	3,10
Total	160	100,00

Informação sobre experiência em amamentação

Em relação à experiência em amamentação, a maioria (53,10%) afirmam não ter amamentado e 46,90% revelaram já ter experiência prévia (cf. **Tabela 8**).

Tabela 8 – Distribuição segundo a experiência em amamentação

Experiência em amamentação	F	%
Sim	75	46,90
Não	85	53,10
Total	160	100,00

Os dados presentes na **Tabela 9** referem-se ao tempo de aleitamento materno exclusivo em filhos anteriores. Para o 1º filho verifica-se uma média de 3,03 meses ($\pm 1,76$), para o segundo filho 3,30 meses ($\pm 1,57$), para o 3º filho 4,50 meses ($\pm 2,12$) e para o 4º filho 2 meses. De maneira geral, para o 1º, 2º e 3º filho, o máximo de tempo de aleitamento materno exclusivo foi de 6 meses, no entanto o tempo mínimo não chegou ao mês. No global, o aleitamento materno exclusivo foi em média 3,14 meses sendo o desvio padrão de 1,67 meses.

Tabela 9 – Análise descritiva do tempo de aleitamento materno exclusivo em mães com experiência prévia

Aleitamento materno exclusivo (em meses)	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
1º Filho	63	0	6	3,03	1,76
2º Filho	10	1	6	3,30	1,57
3º Filho	2	3	6	4,50	2,12
4º Filho	1	2	2	2,00	-
No global	63	0	6	3,14	1,67

De acordo com os dados da **Tabela 10**, verifica-se que, em média, as mães deixaram de amamentar definitivamente: o 1º filho por volta do sétimo mês ($6,81 \pm 6,81$), o 2º filho aos 12 meses ($\pm 10,77$), o 3º aos 9 meses ($\pm 4,24$) e o 4º aos 3 meses. A amamentação do 1º e 2º filho prolongou-se até aos 36 meses, enquanto o do 3º filho até máximo de 12 meses. No global, as mães deixaram de amamentar definitivamente, em média, por volta do 7º mês, sendo o desvio padrão de 6,77 meses.

Tabela 10 – Análise descritiva do tempo de aleitamento materno em mães com experiência prévia

Quando deixou de amamentar definitivamente (em meses)	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
1º Filho	73	1	36	6,81	6,81
2º Filho	10	1	36	12,00	10,77
3º Filho	2	6	12	9,00	4,24
4º Filho	1	3	3	3,00	.
No global	73	1	36	7,10	6,77

Em relação às mães que tiveram experiência prévia em amamentação, 64,00% declararam ter sido agradável, ao contrário das restantes 36,00%, para quem a experiência foi desagradável. Entre os motivos apontados para a experiência ter sido desagradável, surgem principalmente as fissuras (gretas) nos mamilos (46,80%) e dores nos mamilos (27,70%), seguindo-se a ocorrência de mamas ingurgitadas (12,80%), outro motivo (8,50%) e mastite (4,20%), (cf. **Tabela 11**).

Tabela 11 – Distribuição segundo a qualidade da experiência prévia em amamentação

	F	%
A experiência anterior de amamentar foi:		
Agradável	48	64,00
Desagradável	27	36,00
Total	75	100,00
Motivo porque foi desagradável		
Dores nos mamilos	13	27,70
Fissuras (gretas) nos mamilos	22	46,80
Mamas ingurgitadas (congestionadas)	6	12,80
Mastite	2	4,20
Outro	4	8,50
Total	47	100,00

Informação sobre o aleitamento actual

Como se pode constatar nos dados da **Tabela 12**, a grande maioria das mães do estudo (93,10%) teve contacto pele a pele com o bebé na primeira hora após o nascimento, assim como a grande maioria (91,90%) deu a mama ao filho na primeira hora de vida.

A maioria dos bebés fizeram aleitamento materno exclusivo (78,80%), e a 21,20% dos bebés ainda foi dado leite artificial como suplemento. O motivo apontado para que o bebé

tenha recebido leite artificial como complemento foi principalmente por indicação do pediatra (47,10%), por decisão da mãe (26,50%) e por dores a amamentar (14,70%); ainda por escassez de leite e o bebé não ficar satisfeito (8,80%) e o bebé ter perdido peso (2,90%).

Relativamente à introdução de tetinas foi dado leite por biberão a 11,90% dos bebés; quanto à chupeta foi oferecida a 13,10% dos bebés.

Tabela 12 – Distribuição segundo informação do aleitamento actual

	F	%
Na 1ª hora após o nascimento teve contacto pele a pele com o bebé		
Sim	149	93,10
Não	11	6,90
Total	160	100,00
O bebé mamou na 1ª hora de vida		
Sim	147	91,90
Não	13	8,10
Total	160	100,00
O bebé fez apenas leite materno exclusivo		
Sim	126	78,80
Não	34	21,20
Total	160	100,00
Motivo porque o bebé recebeu leite artificial como suplemento		
Por decisão sua	9	26,50
Por indicação do pediatra	16	47,10
O bebé perdeu peso excessivo	1	2,90
Por dores a amamentar	5	14,70
Por ter pouco leite e o bebé não ficar satisfeito	3	8,80
Total	34	100,00
Foi dado leite ao bebé por biberão		
Sim	19	11,90
Não	141	88,10
Total	160	100,00
Colocou chupeta ao bebé		
Sim	21	13,10
Não	139	86,90
Total	160	100,00

Conduta da mãe na prevenção e tratamento de dor/fissuras nos mamilos

No que à conduta da mãe diz respeito, relativamente à prevenção de mamilos dolorosos e/ou com fissuras, dando ênfase aos aspectos positivos, verifica-se que a maioria das mães (66,90%) não estipula horário rígido para dar de mamar ao bebé; a quase totalidade (93,80%) deixa que o bebé largue a mama livremente; apenas 31,30% colocam um dedo, suavemente, na boca do bebé para interromper a sucção; a maioria (70,60%) lava os mamilos unicamente uma vez ao dia, no banho; a maioria (63,10%) não lava os mamilos com sabão (cf. Tabela 13).

Tabela 13 – Distribuição segundo a conduta adequada da mãe para prevenir dor/fissuras nos mamilos

	F	%
Não estipula horário certo para dar de mamar ao bebé		
Sim	107	66,90
Não	53	33,10
Total	160	100,00
Deixa que o bebé largue a mama livremente		
Sim	150	93,80
Não	10	6,30
Total	160	100,00
Coloca um dedo, suavemente, na boca do bebé para interromper a sucção		
Sim	50	31,30
Não	110	68,80
Total	160	100,00
Lava os mamilos unicamente uma vez ao dia, no banho		
Sim	113	70,60
Não	47	29,40
Total	160	100,00
Não lava os mamilos com sabão		
Sim	101	63,10
Não	59	36,90
Total	160	100,00

Tendo em conta as respostas obtidas e sendo atribuída a pontuação 1 às respostas consideradas correctas e 0 às incorrectas, variando, assim, a pontuação entre 0, respostas totalmente erradas, e 5, respostas totalmente certas, verifica-se que a conduta das mães na amamentação obteve uma média de 3,26 ($\pm 1,07$), entre a mínima de 1 e máxima de 5 (cf. Tabela 14).

Tabela 14 – Análise descritiva relativa à conduta da mãe para prevenir dor/fissuras nos mamilos

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Conduta da mãe na prevenção	160	1,00	5,00	3,26	1,07

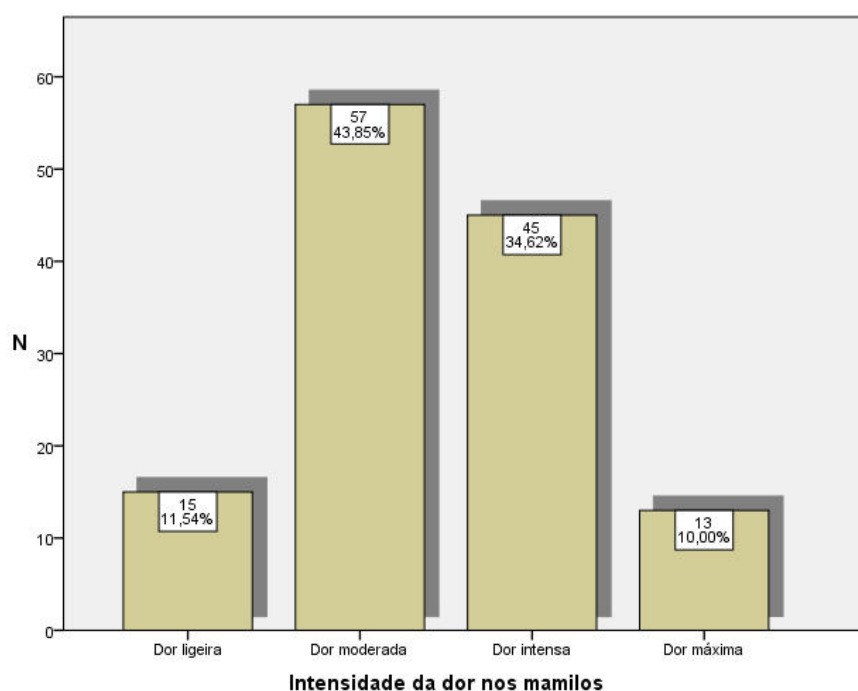
Partindo do ponto médio, relativamente à amplitude obtida, a variável foi operacionalizada numa variável nominal “**conduta da mãe na prevenção de mamilos dolorosos e/ou com fissuras**”, com as categorias “**menos adequada**”, para as que obtiveram pontuação inferior a 3, e “**mais adequada**”, para as mães que obtiveram pontuação igual ou maior que 3. Deste modo, verifica-se que mais de três quartos das mães, 126 (78,80%), apresentam conduta na amamentação mais adequada e somente 34 (21,30%) têm conduta menos adequada (cf. **Tabela 15**).

Tabela 15 – Distribuição segundo a conduta da mãe para prevenir dor/fissuras nos mamilos

Conduta da mãe na prevenção	F	%
Menos adequada	34	21,30
Mais adequada	126	78,80
Total	160	100,00

O gráfico que se segue (**Gráfico 1**) apresenta a intensidade de dor, sentida pelas mães, devida a mamilos dolorosos e/ou com fissuras; a maior parte (43,85%) referiu dor moderada, 34,62% dor intensa, 11,54% dor ligeira e 10,00% dor máxima.

Gráfico 1 – Distribuição das mães segundo a intensidade da dor nos mamilos



Em termos de valores descritivos, observou-se uma intensidade de dor média de 5,37 ($\pm 2,31$), com a moda e mediana a localizarem-se em 5.

Os dados da **Tabela 16** dizem respeito a condutas para tratar mamilos dolorosos e/ou com fissuras. Dando ênfase aos aspectos positivos, constata-se que em 89,20% das mães foi corrigida a pega do bebé à mama por enfermeiro; apenas 38,50% iniciam a mamada pelo mamilo não doloroso; a maioria (66,90%), evita manter tecidos húmidos sobre os mamilos ou usar protecções; a maioria (65,40%) expõe os mamilos ao ar e à luz entre as mamadas; a maioria (65,40%) aplica umas gotas de leite no mamilo e auréola, após o banho e após cada mamada; somente 27,00% não aplicam creme no mamilo e auréola. Entre as mães que aplicam creme (73,00%), a grande maioria (96,80%) utiliza Lanolina e 3,20% outro creme.

Tabela 16 – Distribuição segundo a conduta da mãe no tratamento de mamilos dolorosos e/ou com fissuras

	F	%
Foi corrigida a pega do bebé à mama por enfermeiro		
Sim	116	89,20
Não	14	10,80
Total	130	100,00
Inicia a mamada pelo mamilo não doloroso		
Sim	50	38,50
Não	80	61,50
Total	130	100,00
Evita manter tecidos húmidos sobre os mamilos ou usar protecções		
Sim	87	66,90
Não	43	33,10
Total	130	100,00
Expõe os mamilos ao ar e à luz entre as mamadas		
Sim	85	65,40
Não	45	34,60
Total	130	100,00
Aplica umas gotas de leite no mamilo e auréola, após o banho e após cada mamada		
Sim	85	65,40
Não	45	34,60
Total	130	100,00
Aplica creme no mamilo e auréola		
Sim	95	73,00
Não	35	27,00
Total	130	100,00
Creme que aplica		
Lanolina	92	96,80
Outro	3	3,20
Total	95	100,00

Observação da mamada (Possíveis dificuldades)

Na observação da mamada foram identificadas possíveis dificuldades no que concerne à postura corporal, anatomia da mama e à sucção/pega (cf. **Tabela 17**). Na postura corporal temos 40,00% das mães com ombros tensos e inclinadas sobre o bebê, 30,60% com o corpo do bebê longe do seu, em 84,40% o bebê encontrava-se com cabeça e tronco não alinhados, em 60,00% o queixo do bebê não tocava na mama e em 6,20% o bebê só mantinha apoiado o ombro ou a cabeça, e 74,40% das mães seguravam a mama em forma de tesoura. Em relação à anatomia da mama, 5,60% das mães encontravam-se com mamas ingurgitadas, 15,60% tinham mamilos rasos ou invertidos, 79,40% com fissuras ou vermelhidão nos mamilos e 15,00% com mamas tensas. Das 127 mulheres com pele da mama com fissuras ou vermelhidão, 31 (24,41%) apenas possuíam vermelhidão e 96 (75,59%) apresentavam fissuras visíveis. No que à sucção/pega diz respeito, em 30,00% o bebê tinha a boca pouco aberta, apontada para a frente, em 16,20% o lábio inferior estava virado para dentro, em 6,20% a língua do bebê não se encontrava visível e em 1,90% o bebê tinha as bochechas tensas ou encovadas; em 65,00% denotava-se mais auréola abaixo da boca do bebê, em 6,20% apenas com sucções rápidas e em 3,10% ouviam-se ruídos altos.

Tabela 17 – Distribuição segundo a observação da mamada

Observação da mamada (Possíveis dificuldades)	Não		Sim		Total	
	F	%	F	%	F	%
Postura corporal:						
Mãe com ombros tensos e inclinada sobre o bebê	96	60,00	64	40,00	160	100,00
Corpo do bebê longe do da mãe	111	69,40	49	30,60	160	100,00
Cabeça e tronco do bebê não alinhados	25	15,60	135	84,40	160	100,00
Queixo do bebê não toca a mama	64	40,00	96	60,00	160	100,00
Só ombro ou cabeça apoiada	150	93,80	10	6,20	160	100,00
Mãe segura mama em forma de tesoura	41	25,60	119	74,40	160	100,00
Anatomia:						
Mamas ingurgitadas	151	94,40	9	5,60	160	100,00
Mamilos rasos ou invertidos	135	84,40	25	15,60	160	100,00
Pele da mama com fissuras ou vermelhidão	33	20,60	127	79,40	160	100,00
Mamas tensas ou caídas	136	85,0	24	15,00	160	100,00
Sucção/Pega:						
Boca pouco aberta, aponta para a frente	112	70,00	48	30,00	160	100,00
Lábio inferior virado para dentro	134	83,80	26	16,20	160	100,00
Língua do bebê não visível	150	93,80	10	6,20	160	100,00
Bochechas tensas ou encovadas	157	98,10	3	1,90	160	100,00
Mais auréola abaixo da boca do bebê	56	35,00	104	65,00	160	100,00
Apenas sucções rápidas	150	93,80	10	6,20	160	100,00
Ouve-se ruídos altos	155	96,90	5	3,10	160	100,00

Atendendo às dificuldades observadas, as mães apresentam na técnica da amamentação, média de 4,24 dificuldades ($\pm 2,09$), máximo de 10 dificuldades, e nas suas componentes, postura corporal, média de 2,96 ($\pm 1,32$), máximo de 5 dificuldades, e pega, média de 1,29 ($\pm 1,08$), máximo de 5 dificuldades (cf. **Tabela 18**).

Tabela 18 – Análise descritiva relativa à técnica da amamentação

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Técnica da amamentação	160	0,00	10,00	4,24	2,09
Postura corporal	160	0,00	5,00	2,96	1,32
Pega	160	0,00	5,00	1,29	1,08

Deste modo, 95,00% das mães, a significativa maioria, demonstraram dificuldades na técnica da amamentação, e destas, 94,40% relativamente à posição corporal e 74,40% na pega. Assim sendo, somente 5,00% não revelaram qualquer dificuldade na técnica da amamentação (cf. **Tabela 19**).

Tabela 19 – Distribuição segundo a técnica da amamentação

	Correcta / Sem dificuldades		Incorrecta / Com dificuldades		Total	
	F	%	F	%	F	%
Técnica da amamentação	8	5,00	152	95,00	160	100,00
Postura corporal	9	5,60	151	94,40	160	100,00
Pega	41	25,60	119	74,40	160	100,00

Da observação referente à anatomia da mama, relativamente à presença de mamilos dolorosos e/ou com fissuras, verifica-se presença em 127 mães (79,40%) e ausência em 33 (20,60%) (cf. **Tabela 20**).

Tabela 20 – Distribuição segundo ocorrência de mamilos dolorosos e/ou com fissuras

Mamilos dolorosos e/ou com fissuras	F	%
Ausente	33	20,60
Presente	127	79,40
Total	160	100,00

Questionário de seguimento

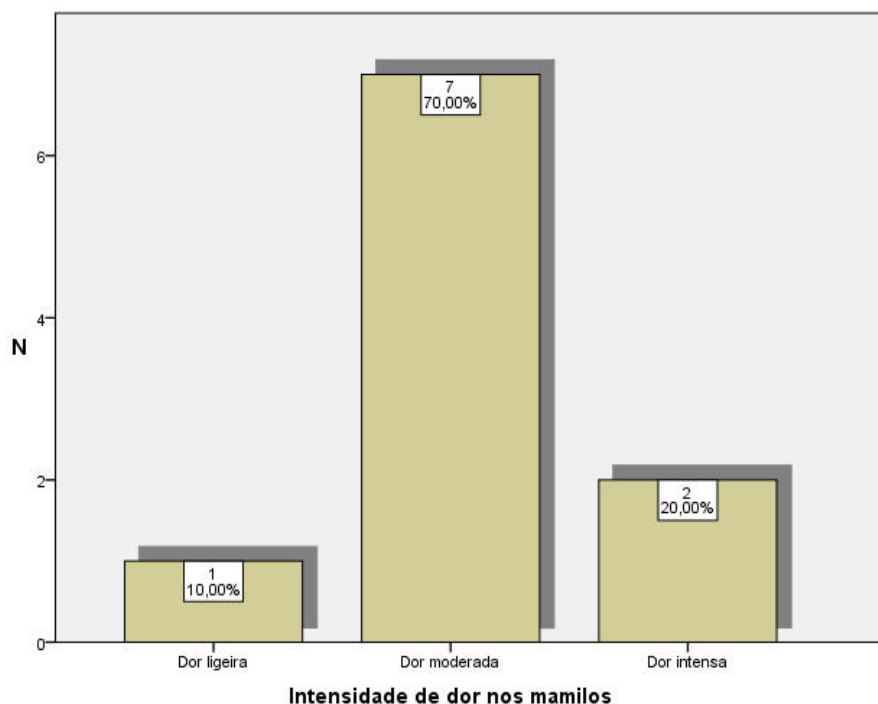
Na **Tabela 21** encontram-se os dados obtidos aos 15 dias, relativamente à alimentação do bebé, utilização de bicos e problemas com a amamentação. A grande maioria das mães (91,20%) ainda amamenta; 36,90% introduziu leite artificial e 23,10% introduziu água e/ou outros líquidos não nutritivos. No que respeita à alimentação aos 15 dias de vida, 55,00% dos bebés fazem aleitamento materno exclusivo, 27,50% aleitamento misto, 8,80% aleitamento materno predominante e 8,80% já não fazem aleitamento materno. Quanto à utilização de bicos, a maioria (71,90%) utilizam chupeta, 37,50% utilizam biberão e 16,20% usam bicos de silicone na amamentação. No referente a problemas com a amamentação, 79,40% das mães tiveram mamilos dolorosos e/ou com fissuras (das quais 6,30% ainda mantêm o problema aos 15 dias), 40,60% referiram ter tido mamas congestionadas e 3,10% mastite.

Tabela 21 – Distribuição das mães segundo a amamentação aos 15 dias

Amamentação aos 15 dias		F	%
Alimentação do bebé:			
Ainda amamenta?	Sim	146	91,20
	Não	14	8,80
Introduziu Leite artificial?	Sim	59	36,90
	Não	101	63,10
Introduziu Água e/ou outros líquidos não nutritivos?	Sim	37	23,10
	Não	123	76,90
Alimentação actual?	Aleitamento materno exclusivo	88	55,00
	Aleitamento materno predominante	14	8,80
	Aleitamento misto	44	27,50
	Sem aleitamento materno	14	8,80
Utilização de bicos:			
Chupeta?	Sim	115	71,90
	Não	45	28,10
Biberão?	Sim	60	37,50
	Não	100	62,50
Bicos de silicone?	Sim	26	16,20
	Não	134	83,80
Problemas com a amamentação:			
Mamilos dolorosos e/ou com fissuras?	Sim	127	79,40
	Não	33	20,60
Mamas congestionadas?	Sim	65	40,60
	Não	95	59,40
Mastite?	Sim	5	3,10
	Não	155	96,90
No momento actual tem mamilos dolorosos e/ou com fissuras?	Sim	10	6,30
	Não	150	93,80

Das 10 mães que ainda têm mamilos dolorosos e/ou com fissuras, 7 (70,00%) referiram dor moderada, 2 (20,00%) dor intensa e 1 (10,00%) dor ligeira (cf. **Gráfico 2**).

Gráfico 2 - Distribuição segundo a intensidade da dor nos mamilos aos 15 dias



O tempo decorrido para a resolução do problema foi, em média, aproximadamente cerca de 7 dias ($7,09 \pm 2,10$), com variação entre 4 e 12 dias (cf. **Tabela 22**).

Tabela 22 – Análise descritiva do tempo decorrido no tratamento de mamilos dolorosos e/ou com fissuras

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Tempo decorrido na resolução de mamilos dolorosos e/ou com fissuras	117	4	12	7,09	2,10

2.2 - ANÁLISE INFERENCIAL

Nesta fase procedemos à análise das possíveis relações entre as variáveis de investigação, tendo em vista os objectivos e as questões de investigação propostas.

No sentido de perceber quais as condicionantes que influenciam o aparecimento de mamilos dolorosos e/ou com fissuras, procedemos à análise inferencial desta variável com a

técnica da amamentação, a orientação no curso de preparação para o parto, a experiência em amamentação, a introdução de tetinas, a conduta da mãe na prevenção e com o tipo de mamilo. De seguida procedemos à análise do aparecimento de mamilos dolorosos e/ou com fissuras com o aleitamento materno exclusivo no internamento e aos 15 dias.

Como já referido anteriormente foram utilizados o Teste Qui-Quadrado e Teste Exacto de Fisher, testes aplicados a variáveis nominais, uma vez que as variáveis utilizadas no estudo se encontram operacionalizadas dessa forma, e dicotomizadas. Existindo relação de dependência entre as variáveis, o grau de associação foi medido através da medida de associação baseada no Qui-Quadrado, o Coeficiente V de Cramer.

Influência da técnica de amamentação no aparecimento de mamilos dolorosos e/ou com fissuras

A análise da **Tabela 23** permite verificar que a presença de mamilos dolorosos e/ou com fissuras tem frequência de 83,6%, entre as mães com técnica da amamentação incorrecta/com dificuldades, e se encontra ausente nas que efectuem correctamente a técnica.

A diferença observada revela-se estatisticamente altamente significativa ($p=0,000$), indiciando que a técnica da amamentação influencia o aparecimento de mamilos dolorosos e/ou com fissuras, denotando-se, entre as duas variáveis, uma associação moderada (Coeficiente V de Cramer=0,450; $p=0,000$).

Tabela 23 – Análise da relação entre a técnica da amamentação e a presença de mamilos dolorosos e/ou com fissuras

		Mamilos dolorosos e/ou com fissuras			Total
		Ausente	Presente		
Técnica da amamentação	Correcta / Sem dificuldades	N	8	0	8
		%	100,0%	0,0%	5,0%
	Incorrecta / Com dificuldades	N	25	127	152
		%	16,4%	83,6%	95,0%
Total		N	33	127	160
		%	20,6%	79,4%	100,0%

Teste Exacto de Fisher, $p=0,000$

Coeficiente V de Cramer=0,450; $p=0,000$

Assim sendo, pretendeu-se verificar qual ou quais as dificuldades na técnica da amamentação, nas suas componentes, postura corporal e pega, se associam à presença de mamilos dolorosos e/ou com fissuras.

Os dados da **Tabela 24** mostram que a presença de mamilos dolorosos e/ou com fissuras é significativamente mais frequente nas mães posicionadas com ombros tensos e inclinadas sobre o bebé ($p=0,000$), quando o corpo do bebé está longe do da mãe ($p=0,000$), o bebé se encontra com cabeça e tronco não alinhados ($p=0,000$) e o queixo do bebé não toca a mama ($p=0,000$).

O bebé encontrar-se só com ombro ou cabeça apoiados e a mãe segurar a mama em forma de tesoura não parecem contribuir para a presença de mamilos dolorosos e/ou com fissuras ($p>0,05$).

Tabela 24 – Análise da relação entre a presença de mamilos dolorosos e/ou com fissuras e as dificuldades detectadas na postura corporal

Postura Corporal (Possíveis dificuldades)	Mamilos dolorosos e/ou com fissuras		Total	p	
	Ausente	Presente			
Mãe com ombros tensos e inclinada sobre o bebé	Não	32 33,3%	64 66,7%	96 100,0%	0,000*
	Sim	1 1,6%	63 98,40%	64 100,0%	
Corpo do bebé longe do da mãe	Não	33 29,7%	78 70,3%	111 100,0%	0,000*
	Sim	0 0,0%	49 100,0%	49 100,0%	
Cabeça e tronco do bebé não alinhados	Não	147 68,0%	8 32,0%	25 100,0%	0,000*
	Sim	16 11,9%	119 88,1%	135 100,0%	
Queixo do bebé não toca a mama	Não	33 51,6%	31 48,4%	64 100,0%	0,000*
	Sim	0 0,0%	96 100,0%	96 100,0%	
Só ombro ou cabeça apoiados	Não	33 22,0%	117 78,0%	150 100,0%	0,124**
	Sim	0 0,0%	10 100,0%	10 100,0%	
Mãe segura mama em forma de tesoura	Não	12 29,3%	29 70,7%	41 100,0%	0,113*
	Sim	21 17,6%	98 82,4%	119 100,0%	

* Significância do Teste Qui-Quadrado

** Significância do Teste Exacto de Fisher

Em relação à pega, cujos dados se expressam na **Tabela 25**, a presença de mamilos dolorosos e/ou com fissuras é significativamente mais frequente quando o bebé tem a boca pouco aberta, apontada para a frente ($p=0,000$), o lábio inferior está virado para dentro ($p=0,021$) e se encontra mais auréola abaixo da boca do bebé ($p=0,000$).

As demais dificuldades não se relacionam com a presença de mamilos dolorosos e/ou com fissuras ($p>0,05$).

Tabela 25 – Análise da relação entre a presença de mamilos dolorosos e/ou com fissuras e as dificuldades detectadas na pega

Pega (Possíveis dificuldades)	Mamilos dolorosos e/ou com fissuras		Total	p	
	Ausente	Presente			
Boca pouco aberta, aponta para a frente	Não	32 28,6%	80 71,4%	112 100,0%	0,000*
	Sim	1 2,1%	47 97,9%	48 100,0%	
Lábio inferior virado para dentro	Não	32 23,9%	102 76,1%	134 100,0%	0,021*
	Sim	1 3,8%	25 96,2%	26 100,0%	
Língua do bebé não visível	Não	32 21,3%	118 78,7%	150 100,0%	0,689**
	Sim	1 10,0%	9 90,0%	10 100,0%	
Bochechas tensas ou encovadas	Não	33 21,0%	124 79,0%	157 100,0%	1,000**
	Sim	0 0,0%	3 100,0%	3 100,0%	
Mais auréola abaixo da boca do bebé	Não	33 58,9%	23 41,1%	56 100,0%	0,000*
	Sim	0 0,0%	104 100,0%	104 100,0%	
Apenas sucções rápidas	Não	32 21,3%	118 78,7%	150 100,0%	0,689**
	Sim	1 10,0%	9 90,0%	10 100,0%	
Ouve-se ruídos altos	Não	33 21,3%	122 78,7%	155 100,0%	0,584**
	Sim	0 0,0%	5 100,0%	5 100,0%	

* Significância do Teste Qui-Quadrado

** Significância do Teste Exacto de Fisher

Assim, os resultados são consistentes com a questão de investigação proposta, segundo a qual, a técnica da amamentação influencia o aparecimento de mamilos dolorosos e/ou com fissuras.

Relação entre a orientação sobre amamentação no curso de preparação para o parto e o aparecimento de mamilos dolorosos e/ou com fissuras.

A análise da **Tabela 26** permite verificar que a presença de mamilos dolorosos e/ou com fissuras tem frequência menor (76,20%), entre as mães que receberam orientação sobre amamentação no curso de preparação para o parto, do que entre as mães que não receberam essa orientação (80,5%).

As diferenças observadas não se revelam estatisticamente significativas ($p=0,553$), indiciando que a orientação sobre amamentação no curso de preparação para o parto não reflecte uma diminuição significativa do aparecimento de mamilos dolorosos e/ou com fissuras, mostrando inexistência de relação entre as duas variáveis, sendo a associação praticamente nula (Coeficiente V de Cramer=0,047; $p=0,553$).

Tabela 26 – Análise da relação entre orientação sobre amamentação no curso de preparação para o parto e o aparecimento de mamilos dolorosos e/ou com fissuras

		Mamilos dolorosos e/ou com fissuras		Total	
		Ausente	Presente		
Orientação sobre amamentação no curso de preparação para o parto	Sim	N	10	32	42
		%	23,80%	76,2%	26,3%
	Não	N	23	95	118
		%	19,5%	80,5%	73,8%
Total		N	33	127	160
		%	20,6%	79,4%	100,0%

Qui-quadrado=0,353; GL=1; $p=0,553$

Coeficiente V de Cramer=0,047; $p=0,553$

Estes dados permitem concluir que não existe relação entre a orientação sobre amamentação no curso de preparação para o parto e o aparecimento de mamilos dolorosos e/ou com fissuras.

Relação entre a experiência em amamentação e o aparecimento de mamilos dolorosos e/ou com fissuras

Os dados da **Tabela 27** mostram que o aparecimento de mamilos dolorosos e/ou com fissuras é superior (83,5%) em mães sem experiência de amamentação, do que em mães com experiência prévia (74,7%).

Verifica-se que a ausência de mamilos dolorosos e/ou com fissuras é superior (25,3%) em mães que já amamentaram do que em mães que nunca amamentaram (16,50%).

As diferenças observadas não são estatisticamente significativas ($p=0,167$). Assim, a análise sugere que o aparecimento de mamilos dolorosos e/ou com fissuras não parece depender da experiência em amamentação. A associação entre as duas variáveis é muito fraca (Coeficiente V de Cramer=0,109; $p=0,167$).

Tabela 27 – Análise da relação entre a experiência em amamentação e o aparecimento de mamilos dolorosos e/ou com fissuras

		Mamilos dolorosos e/ou com fissuras		Total	
		Ausente	Presente		
Experiência em amamentação	Sim	N	19	56	75
		%	25,3%	74,7%	46,9%
	Não	N	14	71	85
		%	16,5%	83,5%	53,1%
Total	N	33	127	160	
	%	20,6%	79,4%	100,0%	

Qui-quadrado=1,912; GL=1; $p=0,167$

Coeficiente V de Cramer=0,109; $p=0,167$

Deste modo os resultados sugerem que não existe relação entre a experiência em amamentação e o aparecimento de mamilos dolorosos e/ou com fissuras.

Relação entre a introdução de tetinas e o aparecimento de mamilos dolorosos e/ou com fissuras

Os dados da **Tabela 28** sugerem que o aparecimento de mamilos dolorosos e/ou com fissuras é superior (87,4%) em mães que não introduziram tetinas ao bebê do que em mães a cujos bebês foi introduzido tetinas (12,6%).

As diferenças observadas não são estatisticamente significativas ($p=0,766$). Assim, a análise sugere que o aparecimento de mamilos dolorosos e/ou com fissuras não parece depender da introdução de tetinas.

Tabela 28 – Análise da relação entre a introdução de tetinas e o aparecimento de mamilos dolorosos e/ou com fissuras (no internamento)

		Mamilos dolorosos e/ou com fissuras		Total	
		Ausente	Presente		
Introdução de tetinas	Sim	N	3	16	19
		%	9,1%	12,6%	11,9%
	Não	N	30	111	141
		%	90,9%	87,4%	88,1%
Total	N	33	127	160	
	%	20,6%	79,4%	100,0%	

Teste Exacto de Fisher; $p=0,766$

Os resultados obtidos apontam para a não existência de relação entre a presença de mamilos dolorosos e/ou com fissuras e a introdução de tetinas.

Relação entre a conduta da mãe na prevenção de mamilos dolorosos e/ou com fissuras e o seu aparecimento

Analisando a **Tabela 29** verifica-se que a presença de mamilos dolorosos e/ou com fissuras tem frequência de 85,3%, entre as mães com conduta menos adequada e 77,8%, entre aquelas com conduta mais adequada. Os mamilos dolorosos e/ou com fissuras encontram-se ausentes em 22,2% das mães com conduta de prevenção mais adequada, e em 14,7%, das mães com conduta menos adequada. As diferenças observadas não são estatisticamente significativas ($p=0,336$). Assim, a presença de mamilos dolorosos e/ou com fissuras não parece depender da conduta da mãe na sua prevenção.

Tabela 29 – Análise da relação entre a presença de mamilos dolorosos e/ou com fissuras e a conduta da mãe na sua prevenção

		Mamilos dolorosos e/ou com fissuras		Total	
		Ausente	Presente		
Conduta da mãe na prevenção	Menos adequada	N	5	29	34
		%	14,7%	85,3%	21,2%
	Mais adequada	N	28	98	126
		%	22,2%	77,8%	78,8%
Total	N	33	127	160	
	%	20,6%	79,4%	100,0%	

Qui-quadrado=0,924; GL=1; $p=0,336$

Os dados da **Tabela 30** especificam os vários parâmetros na conduta adequada para prevenção de mamilos dolorosos e/ou com fissuras e mostra que, a sua presença ocorre, de forma geral, com maior frequência entre as mães que estipulam horário certo para dar de mamar ao seu bebê (86,8%), comparativamente às que não estipulam (75,7%); entre as que não deixam que o bebê largue a mama livremente (80,0%), relativamente às que deixam (79,3%); entre as que não colocam um dedo, suavemente, na boca do bebê para interromper a sucção (80,9%), comparativamente às que colocam (76,0%); entre as que não lavam os mamilos unicamente uma vez ao dia, no banho (87,2%), comparativamente às que lavam (76,1%); e entre as que não lavam os mamilos com sabão (83,2%), relativamente às que lavam (72,9%).

Contudo, os resultados observados apontam para a inexistência de relação entre a presença de mamilos dolorosos e/ou com fissuras e as condutas da mãe na sua prevenção ($p > 0,05$).

Tabela 30 – Análise da relação entre a conduta da mãe na prevenção de mamilos dolorosos e/ou com fissuras e o seu aparecimento

Condutas da mãe na prevenção		Mamilos dolorosos e/ou com fissuras (gretas)		Total	p
		Ausente	Presente		
Não estipula horário rígido para dar de mamar ao bebê	Sim	26 24,3%	81 75,7%	107 100,0%	0,103 *
	Não	7 13,2%	46 86,8%	53 100,0%	
Deixa que o bebê largue a mama livremente	Sim	31 20,7%	119 79,3%	150 100,0%	0,660**
	Não	2 20,0%	8 80,0%	10 100,0%	
Coloca um dedo, suavemente, na boca do bebê para interromper a sucção	Sim	12 24,0%	38 76,0%	50 100,0%	0,477 *
	Não	21 19,1%	89 80,9%	110 100,0%	
Lava os mamilos unicamente uma vez ao dia, no banho	Sim	27 23,9%	86 76,1%	113 100,0%	0,113 *
	Não	6 12,8%	41 87,2%	47 100,0%	
Não lava os mamilos com sabão	Sim	17 16,8%	84 83,2%	101 100,0%	0,121 *
	Não	16 27,1%	43 72,9%	59 100,0%	

* Significância do Teste Qui-Quadrado

** Significância do Teste Exacto de Fisher

Deste modo os dados sugerem que não existe relação entre a conduta da mãe na prevenção de mamilos dolorosos e/ou com fissuras e o seu aparecimento.

Relação entre o tipo de mamilo e o aparecimento de mamilos dolorosos e/ou com fissuras

De acordo com os dados da **Tabela 31**, constata-se que a presença de mamilos dolorosos e/ou com fissuras tem frequência superior (92,0%) entre as mães com mamilos rasos ou invertidos do que entre as mães com mamilos proeminentes ou protáteis (77,0%).

Os valores observados não se revelam estatisticamente significativos ($p=0,089$), indiciando que a presença de mamilos dolorosos e/ou com fissuras não se relaciona com a condição de mamilos rasos ou invertidos.

Tabela 31 – Análise da relação entre o tipo de mamilo e o aparecimento de mamilos dolorosos e/ou com fissuras

		Mamilos dolorosos e/ou com fissuras		Total	
		Ausente	Presente		
Mamilos rasos ou invertidos	Não	N	31	104	135
		%	23,0%	77,0%	84,4%
	Sim	N	2	23	25
		%	8,0%	92,0%	15,6%
Total		N	33	127	160
		%	20,6%	79,4%	100,0%

Qui-quadrado=2,885; GL=1; $p=0,089$

Perante os dados concluímos que não existe relação entre o tipo de mamilo e o aparecimento de mamilos dolorosos e/ou com fissuras.

Influência do aparecimento de mamilos dolorosos e/ou com fissuras no aleitamento materno exclusivo no internamento e aos 15 dias

De acordo com os dados da **Tabela 32**, o aleitamento materno exclusivo no internamento tem frequência de 87,9%, entre as mães que não têm mamilos dolorosos e/ou com fissuras, e 76,4% entre as que têm. As diferenças observadas não se revelam estatisticamente significativas ($p=0,150$), donde se conclui não haver relação entre a presença de mamilos dolorosos e/ou com fissuras e o aleitamento materno exclusivo no internamento.

Tabela 32 – Análise da relação entre a presença de mamilos dolorosos e/ou com fissuras e o aleitamento materno exclusivo no internamento

		Aleitamento materno exclusivo no internamento		Total	
		Não	Sim		
Mamilos dolorosos e/ou com fissuras	Ausente	N	4	29	33
		%	12,1%	87,9%	20,6%
	Presente	N	30	97	127
		%	23,6%	76,4%	79,4%
Total	N	34	126	160	
	%	21,2%	78,8%	100,0%	

Qui-quadrado=2,070; GL=1; p=0,150

De acordo com os dados da **Tabela 33**, o aleitamento materno exclusivo aos 15 dias tem frequência de 78,8%, entre as mães que não tiveram mamilos dolorosos e/ou com fissuras, e somente 48,8%, entre as mães que tiveram esse problema.

As diferenças observadas revelam-se estatisticamente muito significativas (p=0,002), expondo uma relação entre o aparecimento de mamilos dolorosos e/ou com fissuras e o aleitamento materno exclusivo aos 15 dias. Ainda que a associação entre as duas variáveis seja fraca, porém, é muito significativa (Coeficiente V de Cramer=0,274; p=0,002).

Tabela 33 – Análise da relação entre o aparecimento de mamilos dolorosos e/ou com fissuras e o aleitamento materno exclusivo aos 15 dias

		Aleitamento materno exclusivo aos 15 dias		Total	
		Não	Sim		
Mamilos dolorosos e/ou com fissuras	Ausente	N	7	26	33
		%	21,2%	78,8%	20,6%
	Presente	N	65	62	127
		%	51,2%	48,8%	79,4%
Total	N	72	88	160	
	%	45,0%	55,0%	100,0%	

Qui-quadrado=9,505; GL=1; p=0,002

Coeficiente V de Cramer=0,244; p=0,002

Assim sendo, concluímos que o aparecimento de mamilos dolorosos e/ou com fissuras influencia o aleitamento materno exclusivo aos 15 dias.

A análise da **Tabela 34** permite verificar que entre as mães com presença de mamilos dolorosos e/ou com fissuras, aos 15 dias, 11,0% já tinham abandonado o aleitamento materno e 89,0% continuavam a amamentar. As mães que não tiveram dor/fissuras nos mamilos estavam todas (100%) a amamentar aos 15 dias. As mães que abandonaram o aleitamento materno todas tiveram dor/fissuras nos mamilos. No entanto os valores observados não são estatisticamente significativos ($p=0,076$).

Tabela 34 – Análise da relação entre o aparecimento de mamilos dolorosos e/ou com fissuras com o abandono do aleitamento materno aos 15 dias

		Aleitamento materno (aos 15 dias)		Total	
		Sim	Não		
Mamilos dolorosos e/ou com fissuras	Ausente	N	33	0	33
		%	100,0%	0,0%	20,6%
	Presente	N	113	14	127
		%	89,0%	11,0%	79,4%
Total		N	146	14	160
		%	91,2%	8,8%	100,0%

Teste Exacto de Fisher, $p=0,076$

Os dados levam a admitir que o aparecimento de mamilos dolorosos e/ou com fissuras não se relaciona com o abandono do aleitamento materno.

3 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A discussão dos resultados implica uma reflexão sobre o estudo efectuado. Assim, ao longo deste capítulo vamos proceder à discussão dos resultados obtidos, dando especial relevância aos mais significativos, tendo por base o quadro conceptual e confrontando-os com a literatura que serviu de suporte à investigação. Para uma maior facilidade de exposição e uma adequada sistematização, optámos por organizar a discussão dos resultados em torno das variáveis avaliadas.

Em primeiro lugar iremos fazer a discussão referente à análise descritiva dos dados, e posteriormente, analisar as possíveis relações entre as várias condicionantes no aparecimento de mamilos dolorosos e/ou com fissuras e ainda a implicação desta intercorrência mamária no aleitamento materno exclusivo.

Para o estudo desta problemática recorreu-se a uma amostra de 160 duplas mães/filhos.

Relativamente aos dados sociodemográficos, a maioria das mães (78,80%) têm idade compreendida entre 18 e 34 anos, sendo a média de 29,41 anos, assim como o pai da criança (60,60%), sendo a média de 32,66 anos; a maioria é casada (81,30%), de nacionalidade portuguesa, raça caucasiana (93,80%) e vivem em aldeia (44,40%); a maioria das mães com o ensino secundário (31,90%) seguido do ensino superior (29,40%), e o pai da criança com uma escolaridade mais baixa, a maioria com o 3º ciclo (31,30%), seguido do ensino secundário (29,40%); relativamente à profissão das mães, tendo presente a Classificação Portuguesa das Profissões:2010, a maioria (32,50%) pertence ao grupo trabalhadores dos serviços pessoais, de protecção e segurança e vendedores; os pais situam-se num grau mais abaixo, a maioria (45%) situa-se no grupo agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta. Situação desfavorável, comparando por exemplo com o estudo de Susin, Giugliani, Kummer (1999), cit. por Cardoso (2006), em que, quanto maior o grau de escolaridade maior a aquisição de conhecimentos durante o pré-natal.

Quanto à informação obstétrica, pouco mais de metade das mães são primíparas (50,60%) e quase em igual número (49,40%) são múltíparas, cuja gravidez foi planeada/desejada (89,40%), a quase totalidade (99,40%) frequentaram consultas de gravidez, a maioria (88,10%) com seis ou mais consultas, sendo a média de 7 consultas, de gravidez considerada normal (79,40%) e com parto eutócico (62,50%). Uma gestação planeada ou desejada, com vigilância e evolução normal são pré-requisitos importantes para o sucesso do aleitamento materno (Levy e Bértolo, 2012). Quanto ao sexo do bebé, 50,60% das mães

tiveram filho do sexo feminino e quase em igual número (49,40%) tiveram filho do sexo masculino; os bebés pesavam em média 3203,25 gramas.

Relativamente à informação e decisão para amamentar, metade das mães (50%) refere ter alguns conhecimentos sobre aleitamento materno, adquiridos maioritariamente (59,40%) por profissionais de saúde. Apenas 29,40% das mães frequentaram curso de preparação para o parto e a maioria destas (87,20%) receberam orientação sobre amamentação. A maioria das mães (91,90%) decidiram amamentar por iniciativa própria e tomaram essa decisão antes da gravidez (65,60%). A decisão prévia para amamentar e os conhecimentos, atitudes e preparação dos futuros pais são especialmente importantes para o sucesso do aleitamento materno (Levy e Bértolo, 2012).

Relativamente à experiência em amamentação, a maioria das mães (53,10%) refere não ter amamentado; as mães com experiência prévia (46,90%) referiram que o aleitamento materno exclusivo foi em média de 3,14 meses, deixando de amamentar definitivamente, em média, por volta dos 7 meses, o que fica aquém do recomendado pela OMS/UNICEF, 6 meses de aleitamento materno exclusivo e com alimentação complementar até aos 2 anos ou mais. De salientar que 36% destas mães tiveram experiência desagradável com a amamentação, apontando como causa prioritária (36,70%) as fissuras nos mamilos.

Quanto à informação sobre o aleitamento actual, a grande maioria das mães (93,10%) tiveram contacto precoce com o bebé, e a maioria destes (91,90%) mamou na primeira hora de vida (como está preconizado pela IHAB), sendo o aleitamento materno exclusivo na maternidade de 78,80%, tendo recebido leite artificial como suplemento 21,30% dos bebés (em desacordo com a IHAB), a maioria (47,10%) por indicação do pediatra; de salientar que 14,70% deu leite artificial por dores a amamentar. Aos 15 dias 91,20% das mães ainda amamentava, no entanto, o aleitamento materno exclusivo passou a ser de 55% e 8,80% das mães já não amamentava. Segundo os dados da DGS (2012) o RAM à data da alta foi de 65,2% referente ao aleitamento materno exclusivo e o aleitamento materno e artificial de 26,9%; para os hospitais IHAB foi de 72,5% de aleitamento materno exclusivo e o aleitamento materno e artificial de 24,8%. Os resultados do nosso estudo estão mais em conformidade com os dados dos hospitais IHAB. Quanto à introdução de tetinas, no internamento foi dado leite por biberão a 11,90% dos bebés e introduzida chupeta a 13,10%; aos 15 dias a maior parte das mães (71,90%) introduziu chupeta, 37,50% biberão e 16,20% amamenta com bicos de silicone (em desacordo com IHAB).

Quanto à conduta das mães na prevenção de mamilos dolorosos e/ou com fissuras verificou-se que 78,80% das mães tem conduta mais adequada, com uma média de 3,26 ($\pm 1,07$), entre a mínima de 1 e máxima de 5 respostas certas. A pergunta com menos respostas

certas foi “coloca um dedo, suavemente, na boca do bebê para interromper a sucção?”, com 68,80% das mães que não têm em atenção este procedimento.

No tratamento de mamilos dolorosos e/ou com fissuras, dando ênfase aos aspectos positivos em conformidade com Levy e Bértolo (2012), constatamos que em 89,20% das mães foi corrigida a pega do bebê à mama por enfermeiro; quanto à conduta das mães, apenas 38,50% iniciam a mamada pelo mamilo não doloroso; a maioria (66,90%) evita manter tecidos húmidos sobre os mamilos ou usar protecções; expõe os mamilos ao ar e à luz entre as mamadas (65,40%); aplica umas gotas de leite no mamilo e auréola, após o banho e após cada mamada (65,60%) e ainda há mães (59,40%) que substituem este procedimento pela aplicação de creme, mesmo não sendo o mais correcto. No entanto, o creme utilizado na grande maioria (96,80%) foi lanolina, o qual é aconselhado na prática de enfermagem no serviço de obstetrícia do estudo, deduzimos por isso os resultados encontrados. O uso tópico de creme de lanolina demonstrou alguns benefícios, em alguns estudos, ao melhorar a cicatrização, como no estudo “Lanolin Treatment for Nipple Pain” (White, 2007).

Um dos dados que merece destaque neste estudo é a alta incidência de mamilos dolorosos e/ou com fissuras no internamento (79,40%), em concordância com o que nos diz Martin (2000), “entre 80 a 90% das mulheres que amamentam experimentam algum tipo de dor no mamilo”. Em destaque ainda a alta incidência de mães que apresentou alguma lesão no mamilo visível a olho nu (75,59%), desde pequenas fissuras a mamilos sangrantes, percentagem mais elevada que no estudo de Weigert et al. (2005) que foi de 43,6%, no estudo de Shimoda, Silva e Santos (2005) de 52,75%, no estudo de Montrone, Arantes, Nassar e Zanon (2006) de 47,6%. De salientar a dor vivenciada pelas mães com este problema, 43,85% referiu dor moderada, 34,62% dor intensa e ainda 10% dor máxima, segundo a Escala Visual Analógica da Dor; também Martin (2000) refere que 26% das mulheres com fissuras apresenta mamilos extremamente dolorosos; no estudo de Montrone et al. (2006), na percepção das mulheres, a prática de amamentar com lesão dos mamilos foi uma experiência dolorosa, marcada por conflitos de sentimentos. O tempo de cicatrização das fissuras foi em média de 7 dias, no entanto aos 15 dias 6,30% das mães ainda referiram ter fissuras, das quais 70,00% referiram dor moderada. No estudo de Shimoda et al. (2005) as puérperas apresentaram cicatrização da lesão dos mamilos 5 a 6 dias após o parto.

No internamento apresentaram ainda mama congestionada 5,60% das mães; aos 15 dias 40,6% das mães referiram ter tido mama congestionada e 3,10% mastite. No estudo de Castro et al. (2009) a intercorrência ingurgitamento mamário ocorreu em 28,3% das puérperas internadas e a mastite em 2,8%.

De seguida iremos fazer a análise das possíveis relações entre as variáveis de investigação em estudo, tentando validar as questões de investigação.

O primeiro ponto em análise relaciona-se com a questão: **Em que medida a técnica de amamentação influencia o aparecimento de mamilos dolorosos e/ou com fissuras?**

Relativamente à técnica da amamentação foram observadas várias dificuldades na significativa maioria (95%) das duplas, mãe/bebé, tanto na posição corporal mãe/bebé (94,40%) quanto na pega/sucção do bebé (74,40%). Em média cada dupla apresentou entre dois e quatro itens de posicionamento e um a dois itens de pega desfavoráveis à amamentação, durante a observação da mamada. Os itens desfavoráveis mais frequentes na posição corporal, observados em mais de metade das duplas, foram cabeça e corpo do bebé não alinhados (tal como no estudo de Weigert et al., 2005), o queixo do bebé não tocar na mama e a mãe segurar a mama em forma de tesoura; relativamente à pega os itens desfavoráveis mais frequentes foram o bebé com a boca pouco aberta, apontada para a frente e mais aréola abaixo da boca do bebé, ou seja, pega não assimétrica tal como no estudo de Weigert et al. (2005).

A técnica da amamentação está fortemente associada ao aparecimento de mamilos dolorosos e/ou com fissuras, denotando-se, entre as duas variáveis, uma associação moderada (Coeficiente V de Cramer=0,450; $p=0,000$). Este dado é coerente com o facto de que a dor/fissuras nos mamilos é frequente nas mães posicionadas com ombros tensos e inclinadas sobre o bebé ($p=0,000$), quando o corpo do bebé está longe do da mãe ($p=0,000$), o bebé se encontra com o pescoço torcido ($p=0,000$) e o queixo do bebé não toca a mama ($p=0,000$), e ainda relativamente à pega, o bebé com a boca pouco aberta, apontada para a frente ($p=0,000$), o lábio inferior está virado para dentro ($p=0,021$) e mais auréola abaixo da boca do bebé ($p=0,000$). Estudos ultra-sonográficos mostram que, quando o bebé tem pega adequada o mamilo fica posicionado na parte posterior do seu palato, protegido da fricção e compressão, o que previne a lesão do mamilo (Woolridge, 1986; cit. por Weigert, 2004). Portanto as mães com dor/fissuras nos mamilos apresentam um maior número de itens desfavoráveis à técnica de amamentação. Estes dados, embora com número maior de itens desfavoráveis, são de certa forma concordantes com o estudo de Weigert et al. (2005), que também refere que as mulheres com lesões dos mamilos podem apresentar um número maior de itens desfavoráveis, embora o estudo não o tenha confirmado uma vez que as mulheres com este problema tiveram um atendimento especializado com maior frequência, o que influenciou a técnica de amamentação, favorecendo-a aquando da observação. No estudo de Shimoda et al. (2005) a técnica de amamentação também teve relação na ocorrência de lesão dos mamilos; no internamento apenas 5,95% dos recém-nascidos apresentavam pega e dinâmica de sucção

adequada, e em relação à postura, a minoria das mães adotou uma postura adequada; os itens desfavoráveis à técnica de amamentação observados na mamada mostravam que a mãe se posicionava de forma inapropriada e desconfortável, procurando atender às necessidades do RN o mais rápido possível.

A segunda questão em análise é a seguinte: **Existe relação entre a orientação sobre amamentação no curso de preparação para o parto e o aparecimento de mamilos dolorosos e/ou com fissuras?**

Neste estudo constatamos que, a presença de mamilos dolorosos e/ou com fissuras tem frequência menor (76,20%) entre as mães que receberam orientação sobre amamentação no curso de preparação para o parto, do que entre as mães que não receberam essa orientação (80,5%). No entanto, as diferenças observadas não se revelam estatisticamente significativas ($p=0,553$). Apesar de não termos encontrado estudos que suportam esta evidência, a nossa experiência profissional leva-nos a constatar que as mães que frequentam o curso de preparação para o parto parecem ter mais conhecimentos na prevenção desta intercorrência mamária, nomeadamente na orientação de como posicionar o bebé para mamar; no entanto, parece haver dificuldade em passar esses conhecimentos para a prática, o que nos leva a admitir que essa orientação tem que ser reforçada.

Quando as mães frequentam “curso de preparação para o parto”, essa actividade integra a promoção para a saúde sobre aleitamento materno, tal como referem Levy e Bértolo (2012). No estudo de Pereira (2006) não houve associação entre essa actividade e a duração do aleitamento materno, justificando o facto pela minoria de mães a frequentar o curso. Também no nosso estudo apenas 29,40% das mães frequentaram curso de preparação para o parto.

Terceira questão em análise: **Existe relação entre a experiência em amamentação e o aparecimento de mamilos dolorosos e/ou com fissuras?**

Os dados do estudo revelam que o aparecimento de mamilos dolorosos e/ou com fissuras é superior (83,5%) em mães sem experiência de amamentação, do que em mães com experiência prévia (74,7%), assim como no estudo de Shimoda et al. (2005), em que a ocorrência de lesão do mamilo predomina nas primíparas (57,51%). No entanto, no nosso estudo, a experiência em amamentação não se mostrou estatisticamente significativa ($p=0,167$) com o aparecimento de mamilos dolorosos e/ou com fissuras. No estudo de Castro et al. (2009) um dos factores contribuintes para o desencadeamento de fissura dos mamilos foi a ausência de experiência anterior com amamentação (54,5%). No estudo de Coca et al. (2009) a primiparidade também esteve associada ao trauma dos mamilos.

Apesar de 94,90% das multíparas ter amamentado, fizeram-no em média durante 3,14 meses com aleitamento materno exclusivo, deixando de amamentar definitivamente, em média, por volta dos 7 meses, o que fica aquém do recomendado pela OMS/UNICEF, 6 meses de aleitamento materno exclusivo e com alimentação complementar até aos 2 anos ou mais. De salientar que 36% destas mães tiveram experiência desagradável com a amamentação, apontando como causa prioritária (36,70%) as fissuras nos mamilos. Ferreira, Nelas e Duarte (2011), relatam na sua investigação que as experiências anteriores positivas no campo da amamentação predizem uma maior motivação para a mesma.

Quarta questão em análise: **Existe relação entre a introdução de tetinas e o aparecimento de mamilos dolorosos e/ou com fissuras?**

A introdução de tetinas deve ser evitada para prevenir a síndrome de confusão “tetina-mamilo”, a qual se pode associar ao trauma nos mamilos, tal como refere Biancuzzo (2000). Os dados do nosso estudo revelam não existir relação entre a introdução de tetinas e o aparecimento de mamilos dolorosos e/ou com fissuras. Num estudo de Centuori (1999), intitulado “Nipple Care, Sore Nipples, and Breastfeeding: a Randomized Trial”, um dos factores associados com mamilos doridos à data da alta foram o uso de chupeta e de biberão ($p=0,02$ e $p=0,03$ respectivamente) no hospital.

Quinta questão em análise: **Existe relação entre a conduta da mãe na prevenção de mamilos dolorosos e/ou com fissuras e o seu aparecimento?**

Existem alguns procedimentos na prevenção de mamilos dolorosos e/ou com fissuras, tal como referem Levy e Bértolo (2012). Neste estudo, a maioria das mães (78,80%) tem conduta considerada mais adequada. Na relação entre as variáveis verifica-se que, a presença de mamilos dolorosos e/ou com fissuras tem frequência de 85,3%, entre as mães com conduta menos adequada e 77,8%, entre aquelas com conduta mais adequada; no entanto, a conduta da mãe na prevenção de mamilos dolorosos e/ou com fissuras não foi estatisticamente significativa ($p=0,336$) no seu aparecimento. No estudo de Shimoda et al. (2005), a maioria tem conduta adequada, no entanto é dado ênfase ao facto da mãe retirar o RN da mama de forma inadequada, sem introduzir o dedo mínimo, sendo este associado a dor e lesão do mamilo, devido à tracção efectuada pelo RN para manter a pega. Não encontramos estudos onde a relação com os outros procedimentos tivesse diferenças estatísticas significativas.

Sexta questão em análise: **Existe relação entre o tipo de mamilo da mãe e o aparecimento de mamilos dolorosos e/ou com fissuras?**

Embora a frequência de dor/fissuras nos mamilos seja superior (92%) nas mães com mamilos rasos/invertidos do que nas mães com mamilos exteriorizados/protáteis (77%), os valores não são estatisticamente significativos ($p=0,089$), pelo que não existe relação entre o

tipo de mamilo e a presença de mamilos dolorosos e/ou com fissuras. Em conformidade, no estudo de Shimoda et al. (2005), a relação entre o tipo de mamilo e ocorrência de lesão mostrou-se não ser estatisticamente significativo. No entanto, no estudo de Coca et al. (2009) o mamilo semiprotuso e/ou malformado constituiu factor associado ao trauma dos mamilos.

Observamos na nossa experiência, que em mães com mamilos rasos/invertidos muitas vezes há uma dificuldade do RN em apreender a região mamilo aureolar adequadamente, havendo uma insistência na tentativa de apreensão, levando, algumas vezes, ao auxílio de bicos de silicone para conseguir mamar. Talvez este facto explique, mesmo empiricamente, o resultado do estudo, em que a grande maioria (92%) das mães com mamilos rasos/invertidos apresentam fissuras e ainda 16,20% das mães aos 15 dias usavam bicos de silicone para amamentar.

Sétima questão em análise: **Em que medida o aparecimento de mamilos dolorosos e/ou com fissuras influencia o aleitamento materno exclusivo no internamento e aos 15 dias?**

A frequência de aleitamento materno exclusivo no internamento é superior entre as mães com mamilos íntegros (87,90%) do que entre as mães que têm mamilos dolorosos e/ou com fissuras (76,40%). No entanto as diferenças não se revelam estatisticamente significativas ($p=0,150$) donde se conclui não haver associação entre a presença de mamilos dolorosos e/ou com fissuras e o aleitamento materno exclusivo no internamento. Este facto deve-se provavelmente ao apoio da equipa de enfermagem prestado durante o internamento, tanto na informação sobre a técnica da amamentação e cuidados inerentes à dor/fissuras dos mamilos, quanto na amamentação em exclusivo. No entanto, existe relação muito significativa entre a presença de mamilos dolorosos e/ou com fissuras e o aleitamento materno exclusivo aos 15 dias. Ainda que a associação entre as duas variáveis seja fraca, porém, é muito significativa (Coeficiente V de Cramer=0,274; $p=0,002$).

Entre as mães que tiveram como dificuldade precoce o aparecimento de mamilos dolorosos e/ou com fissuras apenas amamentam em exclusivo aos 15 dias 48,80% das mães, enquanto entre as mães que mantiveram mamilos íntegros, amamentam em exclusivo 78,80%. Também no estudo de Vieira, Martins, Vieira, Oliveira e Silva (2010) a presença de fissuras nos mamilos foi associado à interrupção do aleitamento materno exclusivo, tendo sido a prevalência de 96,9% nas primeiras 24 horas de vida e de 59,3% no primeiro mês, valores mais elevados que no nosso estudo (76,40% das 24 às 72 horas; 48,80% aos 15 dias). A nossa experiência, em concordância com Levy e Bértolo (2012), leva-nos a constatar que as mães com dor/fissuras nos mamilos podem colocar o bebé com menor frequência e durante menos tempo à mama, e retraem-se durante a mamada pela dor sentida durante a mesma, reflectindo-

se nos reflexos da amamentação (prolactina e oxitocina). Isto pode levar à diminuição da produção de leite e conseqüente introdução de leite artificial ou até levar ao abandono da amamentação, situação já constatada e relatada pelas mães na nossa experiência profissional.

Aos 15 dias, não existe relação estatística entre o abandono do aleitamento materno e a presença de dor/fissuras nos mamilos ($p=0,076$), no entanto, as 14 mães que já tinham abandonado o aleitamento materno todas elas foram detentoras deste problema. Pela experiência profissional e em concordância com o que refere Giugliani (2003) a dor/fissuras nos mamilos pode ser uma importante causa de desmame.

4 – CONCLUSÕES

A revisão da literatura e os resultados do estudo permitiram-nos retirar algumas conclusões. Vários autores são unânimes ao afirmar que um adequado estabelecimento da lactação é essencial para o sucesso do aleitamento materno. Problemas no início da lactação, nomeadamente dor/fissuras nos mamilos, tornam a amamentação dolorosa e podem resultar em uso de complementação, redução da sucção e até levar ao abandono completo da amamentação. Os resultados da nossa investigação permitiram reflectir sobre esta problemática em análise, no sentido da sua prevenção, tendo sempre como alvo o prolongamento do aleitamento materno.

Como é possível verificar na literatura, existem vários factores relacionados com o aparecimento de dor/fissuras nos mamilos, no entanto, determinar exactamente a causa torna-se difícil. No nosso quotidiano convivemos frequentemente com esta problemática, causadora de stress para as mães, despertando para algumas questões na prática profissional. Os enfermeiros devem caminhar para a competência nesta área, prestando cuidados que antecipem os problemas, no sentido da prevenção ao invés de fortalecer o tratamento.

Sendo a amamentação um acto natural, que exige aprendizagem e prática, torna-se necessário que as mães se sintam apoiadas para que amamentem com prazer e a dor/fissuras nos mamilos deixe de ser um obstáculo na tentativa de amamentar.

Para o estudo desta problemática recorreremos a uma amostra de 160 duplas mães/filhos, com o qual procurámos analisar as relações existentes entre algumas condicionantes no aparecimento de mamilos dolorosos e/ou com fissuras (técnica de amamentação, orientação no curso de preparação para o parto, experiência em amamentação, introdução de tetinas, conduta das mães na prevenção, tipo de mamilo) e a implicação deste problema no aleitamento materno exclusivo.

Este estudo permitiu constatar que a incidência de mamilos dolorosos e/ou com fissuras é elevada e destacou-se entre os problemas/dificuldades iniciais no estabelecimento da amamentação. O seu aparecimento é muito precoce, por vezes logo nas primeiras mamadas, e o tratamento por vezes difícil e demorado (no estudo em média cerca de 7 dias, com 6,30% das mães aos 15 dias sem resolver o problema), com as implicações nefastas que pode acarretar no progresso do aleitamento materno.

De salientar ainda o ingurgitamento mamário e a mastite como principais dificuldades associadas, constatadas não tanto no internamento (uma vez que este é muito curto) mas pelo relato das mães aos 15 dias.

A amamentação torna-se dolorosa e a comprovar isso temos os dados referenciados pelas mães na Escala Visual Analógica, onde a maioria assinalou dor moderada, seguida de dor intensa. A DGS considera a “Dor como o 5º sinal vital”, um sintoma que acompanha situações patológicas que requerem cuidados de saúde e o seu controlo eficaz é um dever dos profissionais de saúde. De salientar a pertinência e a originalidade da utilização desta escala neste estudo, não encontrada em estudos anteriores desta natureza, apesar da extensa pesquisa bibliográfica, a qual permitiu quantificar a dor de forma objectiva e constatar de forma fidedigna a dor sentida pelas mães.

Tendo em conta os objectivos definidos e os resultados obtidos procurámos dar resposta às questões de investigação, concluindo que:

- A técnica de amamentação incorrecta influencia o aparecimento de mamilos dolorosos e/ou com fissuras. Em média cada dupla apresentou entre dois e quatro itens de posicionamento e um a dois itens de pega desfavoráveis à amamentação, durante a observação da mamada. Os itens desfavoráveis mais frequentes na posição corporal, observados em mais de metade das duplas, foram cabeça e corpo do bebé não alinhados, o queixo do bebé não tocar na mama e a mãe segurar a mama em forma de tesoura; relativamente à pega os itens desfavoráveis mais frequentes foram o bebé com a boca pouco aberta, apontada para a frente e mais aréola abaixo da boca do bebé, ou seja, pega não assimétrica.

- A orientação sobre amamentação no curso de preparação para o parto não se relaciona com o aparecimento de mamilos dolorosos e/ou com fissuras.

- A experiência em amamentação não se relaciona com o aparecimento de mamilos dolorosos e/ou com fissuras.

- A introdução de tetinas não se relaciona com o aparecimento de mamilos dolorosos e/ou com fissuras.

- A conduta das mães para prevenção de mamilos dolorosos e/ou com fissuras não se relaciona com o seu aparecimento. A maioria das mães revelou uma conduta mais adequada.

- O tipo de mamilo não se relaciona com o aparecimento de mamilos dolorosos e/ou com fissuras.

- O aparecimento de mamilos dolorosos e/ou com fissuras influencia o aleitamento materno exclusivo. No internamento a dor/fissuras nos mamilos não se relaciona com o aleitamento materno exclusivo, no entanto aos 15 dias essa associação é evidente, o aleitamento materno exclusivo é menor em mães que apresentaram esta dificuldade. Os dados

revelam pela negativa a introdução precoce de leite artificial ainda durante o período de internamento, acentuada aos 15 dias.

Existem algumas práticas que visam aliviar o sofrimento materno relacionado com mamilos dolorosos e/ou fissurados, mas o ideal é sem dúvida a prevenção.

Diante das implicações que a prática do aleitamento materno tem na saúde materno-infantil, a disponibilização nos hospitais (nomeadamente maternidades) de profissionais com formação em amamentação, para orientação das mães na fase inicial da amamentação, são prementes. Tendo-se constatado a importância da técnica de amamentação (nomeadamente pega e postura corporal correctas) na prevenção da dor/fissuras nos mamilos, e ainda para que a criança mame de forma eficaz e assim consiga sugar e retirar leite de forma eficiente, consideramos que os enfermeiros devem estar despertos para estes aspectos, pois os dados obtidos sugerem que as orientações dadas no hospital não se revelaram suficientes. Além disso, acreditamos que, em muitas ocasiões, as orientações são feitas quando a lesão do mamilo já se instalou, pois é comum o seu aparecimento já nas primeiras mamadas. Para que haja incremento dos valores nos itens pega e postura corporal materna durante a mamada será necessário mais formação dos enfermeiros nesta área, assim como, constituir motivo a utilização do Formulário para Observação da Mamada preconizado pela UNICEF nas suas práticas de enfermagem.

Além disso, os dados reforçam a importância da mulher, durante a gestação, ser preparada para amamentar o seu filho de forma a favorecer a postura e pega correctas do bebé à mama, evitando assim o aparecimento de mamilos dolorosos e/ou com fissuras.

Os dados alertam ainda para a influência do aparecimento de mamilos dolorosos e/ou com fissuras no aleitamento materno exclusivo. Esta dificuldade no início da lactação torna a amamentação dolorosa, levando as mães a amamentar durante menos tempo e/ou com menor frequência; o leite não é retirado com eficácia, o que pode levar à diminuição da sua produção; por outro lado a dor e o stress como sentimentos desagradáveis, podem bloquear o reflexo da oxitocina e parar o fluxo de leite, tal como nos referem Levy e Bértolo (2012).

As implicações práticas desta investigação referem-se sobretudo à prática de cuidados, na medida em que poderá servir de reflexão, especialmente a todos os profissionais de enfermagem da área de Saúde Materna e Obstétrica e Saúde Infantil, para a definição de objectivos e estratégias no sentido da promoção de uma amamentação sem intercorrências. Os resultados deste estudo são também na nossa opinião um desafio que se coloca a estes profissionais como favorecedores do contacto precoce mãe/filho dando o seu apoio logo desde a primeira mamada.

Este estudo permite ainda uma reflexão sobre a distância que separa a realidade destes dados com os preconizados pela IHAB, especialmente para a prática do aleitamento materno exclusivo, onde constatámos uma diminuição acentuada logo aos 15 dias.

Não seria realístico imaginar que o problema deixasse de existir em curto prazo. São necessários mais estudos que ampliem os conhecimentos na prevenção da dor e/ou fissuras nos mamilos, aliviando o sofrimento materno e contribuindo para uma amamentação bem-sucedida. As lesões a nível dos mamilos são muito dolorosas e têm sido um problema que dificulta a amamentação desde há longos anos. Apesar disso, e sendo uma importante causa na interrupção do aleitamento materno exclusivo e até no desmame, é surpreendente a escassez de estudos sobre esta problemática, nomeadamente em Portugal.

Que este estudo sirva de motivação para os autores e outros grupos de pesquisadores para a realização de novas pesquisas relacionadas com a lesão dos mamilos. Parece-nos importante a realização de um estudo quase experimental, envolvendo a correcção da pega e postura corporal logo na primeira mamada. Um estudo com dois grupos, um para grupo controlo, também seria útil na análise das condicionantes no aparecimento da dor/fissuras. Um estudo longitudinal poderia ser pertinente para uma avaliação mais precisa da implicação da dor/fissuras no aleitamento materno exclusivo.

A estratégia metodológica deste estudo teve em consideração os objectivos e o tipo de estudo preconizado. Contudo, apontamos como algum constrangimento o tamanho da amostra, o tempo de realização do mesmo, assim como as limitações em termos económicos.

O tamanho da amostra limitou os testes a aplicar e condicionou a interpretação dos resultados à população estudada. O facto da recolha de dados ter sido efectuada somente em três meses consecutivos e em determinada época do ano pode comprometer os resultados. A sua realização em vários períodos do ano e uma amostra mais alargada poderiam resultar em diferentes resultados. Segundo a nossa prática e alguns relatos das mães a época de maior calor leva à introdução de água na alimentação do bebé, quer por iniciativa própria, quer por conselho de outros, isto pela falta de conhecimentos sobre o assunto. O número reduzido de nascimentos também condicionou o tamanho da amostra. Este estudo também teria beneficiado se aos 15 dias a investigadora voltasse a avaliar tanto a técnica da amamentação, quanto a observação da mama, para verificação da sua evolução.

Apesar das limitações tentamos deixar o nosso contributo para uma melhor compreensão desta problemática no início da amamentação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar Cordero, M. J. (2004). Lactancia Materna. Madrid: Elsevier.
- Aguilar Cordero, M. J. (2005). Composición, propiedades y bioquímica de la leche humana: Principios inmediatos. In Aguilar Cordero, M. J. Lactancia Materna. (pp.53-63). Madrid: Elsevier.
- Alflen, T. D. (2006). Efeito do laser de baixa potência (As-Ga-AI) na prevenção de fissuras mamárias em parturientes. Dissertação de Mestrado. Acedido em Outubro 27, 2012, em http://www.ppgbioeng.univap.br/mestrado_bio_eng/docs/dissertacoes/2006/TacianaLidineaAlflen.PDF
- Alto Comissariado Para a Saúde (2011). Acedido em Outubro 27, 2012, em <http://www.amamentar.net/> .
- American Academy of Pediatrics, Committee on Nutrition (2003). Prevention of Pediatric Overweight and Obesity. (pp. 424-30). Pediatrics, 112 (2).
- Andrade, C. R. F. e Gullo, A. C. P. (1992). As alterações do sistema motor oral dos bebês como causa das fissuras/rachaduras mamilares. Acedido em Junho 12, 2012, em Investigações: <http://pediatriasaopaulo.usp.br/upload/pdf/116.pdf>
- Araújo, M. F. M. (2000). Situação e perspectivas do aleitamento materno no Brasil. In Carvalho, M. R. e Tamez, R. N. Amamentação: Bases Científicas para a Prática Profissional. (pp. 1-10). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Arenz, S., Ruckerl, R., Koletzko, B. e Von Kries, R. (2004). Breastfeeding and Childhood Obesity. A systematic review: International Journal of Obesity and Metabolic Disorders, 28 (10):1247-56.
- Biancuzzo, M. (2000). Sore Nipples: prevention and problem solving. Herndon, USA: WMC Worldwide.

- Bueno, L. G. S. e Teruya, K. M. (2004). Aconselhamento em amamentação e sua prática. *Jornal de Pediatria*, 80, 126-130. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria.
- Carvalho, M. R.; Tamez, R. N. (2005). *Amamentação: Bases Científicas*. (2ªed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Carvalho, G. D. (2005). Enfoque Odontológico. In: *Amamentação: Bases Científicas*. 2ªed. Guanabara Koogan S. A.
- Castro, K. F., Garcia, T. R., Souto, C. M. R. M., Bustorff, L. A. C. V., Rigão, T. V. C. e Braga, V. A. B. (2009). Intercorrências mamárias relacionadas à lactação: estudo envolvendo puérperas de uma maternidade pública de João Pessoa, PB. Acedido em Junho 6, 2012, em biblioteca virtual em saúde: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=551994&indexSearch=ID#top>
- Centeno, M. (2005). Puerpério e Lactação. In Graça, L. M. *Medicina Materno Fetal*. (3ª ed., pp. 327-332). Lisboa-Porto-Coimbra: Lidel.
- Chantry, C. J., Howard, C. R. e Auinger, P. (2002). Breastfeeding Fully for 6 months vs. 4 months Decreases Risk of Respiratory Tract Infection, *Pediatric Research*, 51-191.
- Coca, K. P., Gamba, M. A., Silva, R. S. e Abrão, A. C. F. V. (2009). Fatores associados ao trauma mamilar na maternidade. Acedido em Junho 12, 2012, em *Jornal de Pediatria*: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572009000400012
- Costa, T. H. M. (2006). Estabelecimento da lactação: factores associados a lactogênese II e as condutas nas intercorrências lactacionais em mulheres com acesso a orientação e serviço de saúde. Acedido em Setembro 3, 2012, em Repositório Institucional, Universidade de Brasília: <http://repositorio.bce.unb.br/handle/10482/8141?mode=full>
- Das, U.N. (2007). Breastfeeding Prevents Type 2 Diabetes Mellitus: But, How and Why?. *American Journal of Clinical Nutrition*. 85 (5):1436-7.

- Dewey, K. G., Nommsen-Rivers, L. A., Heinig, M. J., Cohen, R. J. (2003). Risk Factors for Suboptimal Infant Breastfeeding Behavior, Delayed Onset of Lactation, and Excess Neonatal Weight Loss, *Pediatrics*, 112:607-19.
- Direcção-Geral da Saúde (2003). A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Circular Normativa Nº09/DGCG: Ministério da Saúde.
- Direcção-Geral da Saúde (2012). Registo do Aleitamento Materno. Observatório do Aleitamento Materno: Mama Mater – Associação pró Aleitamento Materno em Portugal.
- Ferreira, M.; Nelas, P.; Duarte, J. (2011). Motivação para o Aleitamento Materno: Variáveis Intervenientes. *Millenium*, 40, 23-38.
- Fidler, N. e Koletzko, B. (2000). The fatty acid composition of human colostrum. *European Journal of Nutrition*, 39 (1): 31-7.
- Fonseca, R. P. e Assencio-Ferreira, V. J. (2004). Relação da pressão de sucção e da pega de bebês a termo com o aparecimento de fissuras mamilares no processo de amamentação natural. Acedido em Junho 12, 2012, em Revista CEFAC:
<http://www.cefac.br/revista/revista61/Artigo%208.pdf>
- Fortin, M. F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidacta.
- França, M. C. T., Giugliani, E. R. J., Oliveira, L. D. et al. (2008). Uso de mamadeira no primeiro mês de vida: determinantes e influência na técnica de amamentação. Acedido em Junho 12, 2012, em Revista de Saúde Pública:
<http://www.slideshare.net/bibliotecavirtualam/uso-de-mamadeira-no-primeiro-ms-de-vida-determinantes-e-influncia-na-tenica-de-amamentao>
- Galvão, D. M. P. G. (2006). Amamentação bem sucedida: alguns factores determinantes. Loures: Lusociência.
- Giugliani, E. R. J. (2000). Breast-feeding in Clinical Practice. *Jornal de Pediatria: Rio de Janeiro*. 76 Suppl 3:S238-52.

- Giugliani, E. R. J. (2003). Falta embasamento científico no tratamento dos traumas mamilares. *Jornal de Pediatria*. Vol.79, N°3.
- Giugliani, E. R. J. (2004). Problemas comuns na lactação e seu manejo. Acedido em Junho 12, 2012, em *Jornal de Pediatria*: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n5s0/v80n5s0a06.pdf>
- Giugliani, E. R. J. (2005). Amamentação Exclusiva: principais obstáculos. In: Carvalho, M. R. e Tamez, R. N. *Amamentação: bases científicas*. (2ª ed., pp. 15-25). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- González, C. (2005). *Manual Prático do Aleitamento Materno*. (1ª ed.). Lisboa: Mama Mater- Associação.
- Instituto Nacional de Estatística, L. P. (2011). *Classificação Portuguesa das Profissões:2010*. Acedido em Outubro 27, 2012, em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOES_pub_boui=107961853&PUBLICACOESmodo=2&xlang=pt
- Júnior, W. M. e Romualdo, G. S. (2005). Anatomia e Psicofisiologia da Lactação. In: *Amamentação: Bases Científicas*. (2ª ed., pp. 3-14). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Kenner, C. (2001). *Enfermagem Neonatal*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso Editores.
- Lakatos, E. M. e Marconi, M. de A. (2001). *Fundamentos de metodologia científica*. (4ª Edição Revista e Ampliada). São Paulo: Editora Atlas S. A.
- Labbok, Miriam H. (2007). Aleitamento materno e a iniciativa hospital amigo da criança: mais importante e com mais evidências do que nunca. *Jornal de Pediatria*, 83 (2), 99-101. Acedido em Outubro 27, 2012, em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572007000200002&script=sci_arttext

- Lawrence, R. A. e Lawrence, R. M. (2005). Breastfeeding: A guide for the medical profession: Induced Lactation and Relactation (including nursing the adopted baby) and cross nursing chapter 18: sixth edition, 633-650.
- Lei de Bases do Sistema Educativo (2005). Acedido em Setembro 3, 2012, em <http://www.fenprof.pt/?aba=27&mid=115&cat=84&doc=1174>.
- Levy, L. (2005). Alimentação do lactante – aleitamento materno: fisiologia, vantagens e prática. In Silva, A. C. e Pedro, J. G. (Eds). Nutrição Pediátrica: Princípios básicos. Lisboa: ACSM – Clínica Universitária de Pediatria do Hospital de Santa Maria, 69-73.
- Levy, L.; Bértolo, H. (2012). Manual de aleitamento materno (Ed. rev.). Lisboa: Comité Português para a UNICEF. Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés.
- Lowdermilk, D. L. e Perry, S. E. (2008). Enfermagem na Maternidade (7ª ed.). Trad. Ana Paula Espada. Loures: Lusodidacta.
- Macedo, C. L. D. e Ferreira, M. C. (1999). Aleitamento Materno e Diabetes Mellitus do Tipo 1. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia, 43 (5).
- Machado, M. H. (2005). Assistência pré-natal. In Graça, L. M. Medicina Materno Fetal. (3ª ed., pp.123-133). Lisboa-Porto-Coimbra: Lidel.
- Maldonado, J. A., Ansótegui, J. A., Díaz-Gómez, N. M. et al. (2004). Lactância Materna: Guía para profesionales. Barcelona: Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría.
- Manzanares, L. M., Sanz, M. T. C., Lopez, L. G. (1997). Lactância materna. Revista Rol de Enfermeria. Vol.20, 227/228, 79-82.
- Martin, J. (2000). Nipple Pain: Causes, Treatments, and Remedies. Leaven. Acedido em Junho 12, 2011, em La Leche League: <http://www.lalecheleague.org/llleaderweb/lv/lvfebmar00p10.html>

- Martins, M. J. P. F. (2001). Aleitamento Materno: um dom a não perder. Revista Sinais Vitais, Coimbra: Sinais Vitais. Nº 35, p.21-27.
- Mishra, S., Agarwal, R., Deorari, A. K. e Paul, V. K. (2008). Jaundice in the Newborns. Indian Journal of Pediatrics, 75 (2): 157-63.
- Molina, M. C. T. (2004a). Composición de la leche humana. In Maldonado, J. A., Ansótegui, J. A., Díaz-Gómez, N. M. et al. Lactância Materna: Guía para profesionales.(pp. 59-76). Barcelona: Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría.
- Molina, M. C. T. (2004b). La técnica de amamentamiento correcto. In Maldonado, J. A., Ansótegui, J. A., Díaz-Gómez, N. M. et al. Lactância Materna: Guía para profesionales. (pp. 184-189). Barcelona: Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría.
- Montrone, A. V. G., Arantes, C. I. S., Nassar, A. C. S. e Zanon, T. (2006). Acedido em Junho 12, 2012, em Revista APS: <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/trauma.pdf>
- Morton, J. A. (1992). Ineffective sucking: a possible consequence of positioning. J Hum Lact; 8:83-5
- Organização Mundial de Saúde (1981). Código Internacional de Marketing de Substitutos do leite Materno. (Trad. Direcção-Geral da Saúde, 2008). Genebra.
- OMS/ UNICEF (1993). Aconselhamento em amamentação: Um curso de treinamento, Manual do participante. São Paulo: Ed. Nelson Francisco Brandão, 1995.
- Organização Mundial de Saúde (1994). Alimentação infantil: Bases fisiológicas. São Paulo: OMS.
- OMS (2001). Recomendações OMS – Leite materno. Acedido em Junho 12, 2012, em <http://www.leitematerno.org/oms.htm>
- Pereira, E. J., Pereira, E. C., Silva, L. F. e Cavalcante, M. A. A. Apoio à amamentação no puerpério imediato. Acedido em Setembro 3, 2012, em Revista do Instituto de Ciências

da

Saúde:

http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2007/03_jul_set/V25_N3_2007_p221-228.pdf

Pereira, M. A. (2004). Aleitamento materno: estabelecimento e prolongamento da amamentação, intervenções para o seu sucesso. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto.

Pereira, M. A. (2006). Aleitamento Materno: Importância da Correção da Pega no Sucesso da Amamentação, Resultados de um Estudo Experimental. Loures: Lusociência.

Pestana, M. H., Gageiro, J. N. (2008). Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS (5ª ed.). Lisboa: Silabo.

Polít, D. e Hungler, B (1995). Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem. (3ª Ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Pryor, K. e Pryor, G. (2007). Cuidar e amamentar o seu bebé. Porto: Ambar – Ideias no Papel, S. A.

Saarinen, K. M., Juntunen, B. K., Jarvenpaa, A. L. et at. (2000). Breastfeeding and the Development of Cow`s Milk Protein Allergy. *Advances in Experimental Medicine and Biology*.

Sanches, M. T. C. (2000). Dificuldades iniciais na amamentação: enfoque fonoaudiológico. Acedido em Junho 12, 2012, em biblioteca virtual em saúde:

<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=265964&indexSearch=ID>

Sanches, M. T. C. (2005). Enfoque fonoaudiológico: dificuldades iniciais. In Carvalho, M. R. e Tamez, R. N. Amamentação: bases científicas. (2ª ed., pp. 110-120). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Saraiva, H. (2010) – Aleitamento Materno: Promoção e Manutenção. Lisboa - Porto: Lidel.

Shimoda, G. T., Silva, I. A. e Santos, J. L. F. (2005). Características, frequência e fatores presentes na ocorrência de lesão de mamilos em nutrizes. Acedido em Junho 6, 2012, em Revista Brasileira de Enfermagem: <http://www.slideshare.net/rebecadoula/caractersticas-freqncia-e-fatores-presentes-na-ocorrncia-de-leso-de-mamilos-em-nutrizes-cpia>

Silva, M. O. (2005). Gravidez nos extremos da vida reprodutiva. In Graça, L. M. Medicina Materno Fetal. (3ª ed., pp.138-143). Lisboa-Porto-Coimbra: Lidel.

Talayero, J. M. P. (2004). Aspectos históricos de la alimentación al seno materno. In Maldonado, J. A., Ansótegui, J. A., Díaz-Gómez, N. M. et al. Lactância Materna: Guía para profesionales. (pp. 7-25) Barcelona: Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría.

UNICEF (2005). Infant and Young Child Feeding. Italy: Innocenti Declaration.

Vieira, G. O., Martins, C. C., Vieira, T. O., Oliveira, N. F. e Silva, L. R. (2010). Fatores preditivos da interrupção do aleitamento materno exclusivo no primeiro mês de lactação. Acedido em Setembro 3, 2012, em Jornal de Pediatria: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572010000500015

Weigert, E. M. L. (2004) – Influência da técnica de amamentação sobre o aleitamento materno exclusivo e traumas mamilares. Dissertação de mestrado. Acedido em Março 20, 2012, em <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/10195/000595508.pdf?sequence=1>

Weigert, E. M. L., Giugliani, E. R. J., França, M. C. T. et al. (2005). Influência da técnica de amamentação nas frequências de aleitamento materno exclusivo e lesões mamilares no primeiro mês de lactação. Acedido em Março 20, 2012, em Jornal de Pediatria: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572005000500009&script=sci_arttext

White, J. (2007). Lanolin Treatment for Nipple Pain. Suite101

WHO (1998). Evidence for the Ten Steps to Successful Breastfeeding. Genebra: World Health Organization.

WHO/UNICEF (1989). Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the special role of maternity services. Geneva: WHO.

World Health Organization (2001). The optimal duration of exclusive breastfeeding – Report of an Expert Consultation. Geneva.

Woolridge, M. W. (1986). The anatomy of the infant sucking. *Midwifery*; 2:164-71.

ANEXOS

ANEXO 1 - QUESTIONÁRIO



INSTITUTO POLITÉCNICO DA GUARDA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DA GUARDA

Curso: Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Mestranda: Fernanda da Conceição N. Cortinhas Santos

Orientadora: Professora Paula Pissarra

Co-Orientadora: Dr^a Celina Pires

QUESTIONÁRIO

O aleitamento materno é uma prática que tem vindo a aumentar em todo mundo, pois são largamente conhecidas as suas vantagens para a saúde da criança, da mãe e da comunidade em geral. No entanto, por vezes surgem pequenas dificuldades, nomeadamente mamilos dolorosos e/ou com fissuras, que podem interferir com o seu sucesso.

No âmbito da unidade curricular de Relatório Final, do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, está a ser desenvolvido o trabalho de investigação com o tema “Mamilos dolorosos e/ou com fissuras: condicionantes e implicação no aleitamento materno exclusivo”, que servirá de base à respectiva dissertação de final de curso. A necessidade de produzir conhecimento nesta área levou-nos a aplicar este questionário, com a finalidade de ajudar a promover e a apoiar o aleitamento materno, assim como a melhoria da qualidade da prática profissional dos enfermeiros nesta área.

Para tal solicitamos a sua colaboração na obtenção de dados, bastando para isso responder às questões que lhe são colocadas; na maioria apenas necessita de identificar a sua escolha com uma cruz (X). As respostas são rigorosamente confidenciais, servindo apenas para a realização do estudo.

Leia cuidadosamente as questões e responda com o máximo de sinceridade e verdade. Não existem respostas certas nem erradas. **Não deixe nenhuma questão por responder.**

Se tiver dúvidas no preenchimento contacte a investigadora.

Desde já agradecemos a sua colaboração e disponibilidade.

GRUPO I – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Idade _____ anos Idade marido/companheiro _____ anos

2. Estado Civil

- 1. Solteira
- 2. Casada/União de facto
- 3. Divorciada/Separada
- 4. Viúva

3. Nacionalidade portuguesa: Sim Não

4. Raça/Etnia:

- 1 - Branca (caucasiana)
- 2 - Negra
- 3 - Cigana
- 4 - Outra Qual? _____

5 – Residência: Aldeia Vila Cidade

6. Escolaridade _____ Escolaridade marido/companheiro _____

7. Profissão _____ Profissão marido/companheiro _____

GRUPO II – INFORMAÇÃO DA GRAVIDEZ E PARTO

8 - Número de gravidezes anteriores _____ Número de partos anteriores _____

9 - Gravidez planeada e/ou desejada: Sim Não

9.1 - Consultas de gravidez: Sim Não N° Consultas _____

9.2 – Gravidez normal de risco Problemas _____

10 - Tipo de parto

- 1. Eutócico (normal)
- 2. Ventosa/ Forceps
- 3. Cesariana

11 – Sexo do bebé: feminino masculino

12 – Peso de nascimento do bebé _____ gramas

GRUPO III – INFORMAÇÃO E DECISÃO SOBRE AMAMENTAÇÃO

13- Tem já conhecimentos sobre aleitamento materno?

(Assinale com um círculo o algarismo que lhe corresponde)

1	2	3	4	5
Nenhuns	Poucos	Alguns	Bastantes	Muitos

13.1

- Se sim, como os adquiriu:

1. Profissionais de saúde
2. Familiares/ amigos
3. Leitura
4. Contacto directo

(se amamentou ou viu amamentar)

14 - Durante a gravidez frequentou algum curso de preparação para o parto? Sim Não

14.1 – No curso obteve informação sobre aleitamento materno? Sim Não

14.2 - No curso recebeu orientação de como posicionar o bebé para mamar? Sim Não

15 – A decisão para amamentar foi tomada por:

1. Iniciativa própria
2. Indicação do médico
3. Indicação do enfermeiro
4. Conselho da mãe
5. Conselho do marido/ companheiro
6. Conselho de outros

15.1 – Quando tomou essa decisão?

1. Antes da gravidez
2. Durante a gravidez
3. No parto
4. Após o parto

GRUPO IV – INFORMAÇÃO SOBRE EXPERIÊNCIA EM AMAMENTAÇÃO

16 – Já alguma vez amamentou? Sim Não Se NÃO, passe à questão nº 18

16.1 – Se amamentou até quando deu só a mama (em meses)?

Iniciar pelo filho mais velho: 1º ____ 2º ____ 3º ____ 4º ____ filhos

16.2 – Quando deixou de amamentar definitivamente (em meses)?

Iniciar pelo filho mais velho: 1º ____ 2º ____ 3º ____ 4º ____ filhos

17 - A experiência anterior de amamentar foi: Agradável Desagradável

17.1 - Se foi desagradável, refira o motivo:

1. Dores nos mamilos
2. Fissuras (gretas) nos mamilos
3. Mamas ingurgitadas (congestionadas)
4. Mastite
5. Outro Qual? _____

GRUPO V – INFORMAÇÃO SOBRE O ALEITAMENTO ACTUAL

18- Na 1ª hora após o nascimento teve contacto pele a pele com o seu bebé? Sim Não

19 - O seu bebé mamou na 1ª hora de vida? Sim Não

20 - O seu bebé fez apenas leite materno exclusivo? Sim Não

20.1 - Se deu leite artificial ao seu bebé, qual o motivo:

1. Por decisão sua
2. Por indicação do pediatra
3. O bebé perdeu peso
4. Por dores a amamentar
5. Por ter pouco leite e o bebé não ficar satisfeito
6. Outro Qual? _____

21 - Foi dado leite ao seu bebé por biberão? Sim Não

22 - Colocou chupeta ao seu bebé? Sim Não

GRUPO VI – CONDUTA NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE MAMILOS DOLOROSOS E/OU COM FISSURAS

23 - Estipula horário certo para dar de mamar ao seu bebé? Sim Não

24 - Deixa que o bebé largue a mama livremente? Sim Não

25 - Coloca um dedo, suavemente, na boca do bebé para interromper a sucção? Sim Não

26 - Lava os mamilos unicamente uma vez ao dia, no banho? Sim Não

27 - Lava os mamilos com sabão? Sim Não

SE TEM MAMILOS DOLOROSOS E/ OU COM FISSURAS (GRETAS) RESPONDA ÀS SEGUINTEs QUESTÕES:

28 – Na régua de 10 cm que se segue, onde 0 (zero) representa ausência de dor e 10 (dez) representa a pior dor suportável, marque com um ponto na linha vertical o local que melhor identifica a sua dor nos mamilos:

0	10
Sem Dor	Dor Máxima

29 - Foi corrigida a pega do bebé à mama por enfermeiro? Sim Não

30 – Inicia a mamada pelo mamilo não doloroso? Sim Não

31 – Evita manter tecidos húmidos sobre os mamilos ou usar protecções? Sim Não

32 – Expõe os mamilos ao ar e à luz entre as mamadas? Sim Não

33 - Aplica umas gotas de leite no mamilo e aréola, após o banho e após cada mamada?

Sim Não

34 - Aplica creme no mamilo e aréola? Sim Não

34.1 – Se respondeu sim, qual o creme que aplica? _____

Data do parto: _____ / _____ / _____

Obrigada, felicidades!

Fernanda Cortinhas

ANEXO 2 – QUESTIONÁRIO DE SEGUIMENTO

Nome: _____

GRUPO I – ALIMENTAÇÃO DO BEBÉ

1 – Ainda amamenta? Sim Não

2 – Refira o que introduziu:

2.1 – Leite artificial? Sim Não

2.2 – Água e/ou outros líquidos não nutritivos? Sim Não

3 – Alimentação actual?

3.1 – Aleitamento materno exclusivo 3.3 – Aleitamento misto

3.2 – Aleitamento materno predominante 3.4 – Sem aleitamento materno

GRUPO II – UTILIZAÇÃO DE BICOS

4 – Chupeta? Sim Não

5 – Biberão? Sim Não

6 – Bicos de silicone? Sim Não

GRUPO III – PROBLEMAS COM A AMAMENTAÇÃO

7 – Que problema teve com a amamentação:

7.1 – Mamilos dolorosos e/ou com fissuras? Sim Não

7.2 – Mamas congestionadas? Sim Não

7.3 – Mastite? Sim Não

8 – No momento actual tem mamilos dolorosos e/ ou com fissuras? Sim Não

8.1 – Se tem mamilos dolorosos e/ou com fissuras, onde se situa na régua de 10 cm, onde 0 (zero) representa ausência de dor e 10 (dez) representa a pior dor suportável?

0	10
Sem dor	Dor Máxima

9 – Se teve mamilos dolorosos e/ou com fissuras, qual o tempo decorrido para a resolução do problema? _____ dias

ANEXO 3 - FORMULÁRIO PARA OBSERVAÇÃO DA MAMADA

Nome da Mãe: _____ Data: _____

Nome do Bebê: _____ Idade do bebê _____

(Sinais entre parênteses apenas para recém-nascidos e não para bebês mais velhos)

Amamentação vai bem

Possíveis dificuldades

POSTURA CORPORAL	
<input type="checkbox"/> Mãe relaxada e confortável <input type="checkbox"/> Bebê próximo, de frente para a mama <input type="checkbox"/> Cabeça e corpo do bebê em linha recta <input type="checkbox"/> Queixo do bebê toca a mama <input type="checkbox"/> (Nádegas do bebê apoiadas) <input type="checkbox"/> Mãe segura mama em forma de C*	<input type="checkbox"/> Mãe com ombros tensos e inclinada sobre o bebê <input type="checkbox"/> Corpo do bebê longe do da mãe <input type="checkbox"/> Pescoço do bebê torcido <input type="checkbox"/> Queixo do bebê não toca a mama <input type="checkbox"/> (Só ombro ou cabeça apoiado) <input type="checkbox"/> Mão segura mama em forma de tesoura*
RESPOSTAS	
<input type="checkbox"/> Bebê procura a mama quando sente fome <input type="checkbox"/> (Bebê roda e procura a mama) <input type="checkbox"/> Bebê explora a mama com a língua <input type="checkbox"/> Bebê calmo e alerta à mama <input type="checkbox"/> Bebê mantém a pega da aréola <input type="checkbox"/> Sinais de saída de leite (Extravasamento, dores uterinas e fisgadas)	<input type="checkbox"/> Nenhuma resposta à mama <input type="checkbox"/> (Não procura a mama) <input type="checkbox"/> Bebê não interessado na mama <input type="checkbox"/> Bebê inquieto ou chorando <input type="checkbox"/> Bebê não mantém a pega da aréola <input type="checkbox"/> Não há sinais de leite
VÍNCULO EMOCIONAL	
<input type="checkbox"/> Mãe segura bebê no colo com firmeza e segurança <input type="checkbox"/> Mãe e bebê mantêm contacto visual <input type="checkbox"/> Muito toque materno	<input type="checkbox"/> Mãe segura bebê nervosa ou com pouca força <input type="checkbox"/> Nenhum contacto visual mãe-filho <input type="checkbox"/> Pouco toque materno ou <input type="checkbox"/> Sacolejando o bebê
ANATOMIA	
<input type="checkbox"/> Mamas macias após a mamada <input type="checkbox"/> Mamilos exteriorizados e protácteis <input type="checkbox"/> Pele da mama com aparência saudável <input type="checkbox"/> Mamas com aparência arredondada	<input type="checkbox"/> Mamas ingurgitadas <input type="checkbox"/> Mamilos rasos ou invertidos <input type="checkbox"/> Pele da mama com fissuras ou vermelhidão <input type="checkbox"/> Mamas tensas ou caídas
SUCÇÃO	
<input type="checkbox"/> Boca bem aberta <input type="checkbox"/> Lábio inferior virado para fora <input type="checkbox"/> Língua do bebê acoplada em redor do mamilo <input type="checkbox"/> Bochechas arredondadas <input type="checkbox"/> Mais aréola acima da boca do bebê <input type="checkbox"/> Sucção lenta e profunda, ruídos e pausa <input type="checkbox"/> Pode-se ver e/ou ouvir a deglutição	<input type="checkbox"/> Boca pouco aberta, aponta para a frente <input type="checkbox"/> Lábio inferior virado para dentro <input type="checkbox"/> Língua do bebê não visível <input type="checkbox"/> Bochechas tensas ou encovadas <input type="checkbox"/> Mais aréola abaixo da boca do bebê <input type="checkbox"/> Apenas sucções rápidas <input type="checkbox"/> Ouve-se ruídos altos
TEMPO GASTO NA SUCÇÃO	
<input type="checkbox"/> Bebê solta a mama <input type="checkbox"/> Bebê mamou durante _____ minutos	<input type="checkbox"/> Mãe retire bebê da mama
Notas:	

Adaptado com permissão de "B-R-E-A-S-T- Feeding Observation Form", H.C.Armstrong. Training Guide in Lactation Management. New York. IBFAN e UNICEF 1992.

Acrescentado na revisão em português.

ANEXO 4 – APROVAÇÃO PELA COMISSÃO DE ÉTICA

A' Exm. Sr. Presidente
2012.03.27

Exmo. Sr.

Presidente do Conselho de Administração
da Unidade Local de Saúde, E.P.E, Guarda

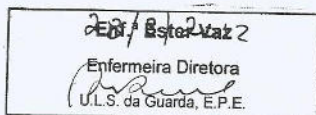
Fernanda da Conceição Nascimento Cortinhas Santos, a frequentar o I Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, na Escola Superior de Saúde da Guarda, no âmbito da unidade curricular de relatório final, está a desenvolver um trabalho de investigação com a temática “Influência da técnica da amamentação no aparecimento de mamilos dolorosos e/ou com fissuras”, que servirá de base para a dissertação de final de curso.

Assim, vem solicitar a V.Exª se digne autorizar a aplicação do Questionário e do “Formulário para Observação da Mamada” (adaptado da UNICEF), no Serviço de Obstetrícia da Unidade Local de Saúde da Guarda, serviço onde exerce funções como Enfermeira Especialista, os quais serão efectuados após consentimento informado a cada puérpera.

Junto são anexados o Questionário, o Formulário para Observação da Mamada e o Consentimento Informado.

À Comissão de Ética,
Para análise e parecer.

Pede deferimento



Fernanda da Conceição Nascimento Cortinhas Santos

Guarda, 27 de Março de 2012

Esta CES nada tem a opor
à realização do estudo, desde
que seja dado conhecimento à
Direcção de Serviço.

Rel. CES
27/3/12
Pereira



Exma. Senhora
Enf. Fernanda Conceição N. Cortinhas Santos
R. Dr. Francisco Pissarra de Matos,
nº 32 - 2º Esq.
6300 - 693 Guarda

Sua referência

Sua comunicação de

Nossa referência

Data, 23/04/2012

3268

ASSUNTO: Pedido de autorização a aplicação do questionário, subordinado ao tema "Influência da técnica da amamentação no aparecimento de mamilos dolorosos e/ou com fissuras", apresentado por Fernanda Cortinhas Santos.

Em resposta ao vosso pedido de autorização para aplicação de um questionário no âmbito do estudo: "Influência da técnica da amamentação no aparecimento de mamilos dolorosos e/ou com fissuras", informo que esta CES nada tem a opor à realização deste estudo, desde que seja dado conhecimento à Direcção de Serviço.

Com os melhores cumprimentos.

A Presidente do Conselho de Administração

(Dra. Ana Manso)

Tomarei conhecimento;
Nada a opor à realização
do questionário indicado.

Coacada 26-4-12

ANEXO 5 – CONSENTIMENTO INFORMADO

Mestranda: Fernanda da Conceição Nascimento Cortinhas Santos

Enfermeira mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Saúde da Guarda, Instituto Politécnico da Guarda. Contactos: Telm.: 969662700, correio electrónico: fernandacortinhas@gmail.com; morada: Rua Dr. Francisco Pissarra de Matos, nº32, 2º Esº, 6300 – 693 Guarda.

Eu, abaixo assinado, aceito participar no estudo de investigação com o tema “**Mamilos dolorosos e/ou com fissuras**”, a realizar no serviço de Obstetrícia da Unidade Local de Saúde da Guarda, tendo em conta os seguintes itens, acerca dos quais fui elucidada:

1. O objectivo geral do estudo: Analisar as condicionantes no aparecimento de mamilos dolorosos e/ou com fissuras e sua implicação no aleitamento materno exclusivo.
2. Na recolha de dados será utilizado um questionário inicial, a inspecção da mama e observação de uma mamada, e um questionário de seguimento aos 15 dias (por contacto telefónico).
3. A informação recolhida é para uso exclusivo deste estudo e será fornecida apenas a pessoas directamente implicadas no mesmo.
4. Não são previstos danos físicos ou potenciais efeitos colaterais. A participação poderá ser interrompida ou mesmo suspensa se a participante mostrar interesse para tal.
5. A sua participação é voluntária, salvaguardando o direito à recusa a qualquer momento, sem que daí advenha qualquer prejuízo.
6. A privacidade das participantes será salvaguardada, pois a sua identidade será do conhecimento exclusivo das pessoas directamente implicadas no estudo de investigação.
7. Caso surja necessidade de outra informação, dúvida, reclamação acerca deste estudo, as participantes deverão contactar a mestranda, cujo nome e contacto se encontra atrás descrito.

Compreendi as explicações que me foram fornecidas sobre o estudo de investigação a ser realizado. Foi-me dada oportunidade para colocar as perguntas que julguei necessárias e considero ter obtido resposta satisfatória a todas elas. Deixo o meu contacto para que seja possível a obtenção de mais dados dentro de 15 dias.

Data: ____ / ____ / ____ Telefone/ Telemóvel: _____

Assinatura da participante: _____

Eu abaixo assinado, expliquei os objectivos, métodos, resultados esperados e consequências possíveis do trabalho de investigação em questão e confirmei o seu correto entendimento.

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura da Mestranda: _____